ACADEMIA REPUBLICII POPULARE ROMÎNE

C. I. PARHON

OPERE ALESE

VOL. II

PSIHOLOGIE ȘI PSIHIATRIE

EDITURA ACADEMIEI REPUBLICII POPULARE ROMÎNE
1957



SUMAR

III. Cazuistica psihiatrică

IV. Asistența, profilaxia și tratamentul bolilor mintale

СОДЕРЖАНИЕ

II. Исследования по эндокринной психиатрии

III. Психиатрическая казуистика

SOMMAIRE

III. Statistique des cas ressortissant au domaine de la psychiatrie

SCURTĂ PRIVIRE ASUPRA ACTIVITĂȚII MELE ÎN LEGĂTURĂ CU STUDIUL PSIHIATRIEI ȘI AL PSIHOLOGIEI

Activitatea mea pe terenul psihiatriei se referă la aproape toate marile probleme ale acestei ramuri ale medicinei mintale. Voi considera rezumativ observațiile cele mai interesante ce am putut face în acest domeniu.

Cu privire la lucrările de semiologie cazuistică, menționez lucrarea privitoare la un caz de halucinație autoscopică la o paraplegică. Este vorba de o fată care își prepara examenele într-o pivniță rece sau pe scările de piatră ale unei biserici din apropiere și care a căpătat o paraplegie a frigore (?), *probabil cu o atingere infecțioasă sau virotică a centrilor nervoși. Bolnava se vedea căzînd, spre exemplu, pe scările universității, fără să se poată ridica, înconjurată de lume multă etc.*

Din discuția cazului reiese că este vorba de o fobică cu halucinații și în același timp de o bolnavă atinsă de o scleroză combinată, dar dacă halucinațiile sale aparțin fobiilor, infirmitatea ei somatică nu a făcut decît să orienteze mersul halucinațiilor.

Semnalez de asemenea în acest loc o lucrare referitoare la cîteva cazuri de confuzie mintală apărute pe front.

Emoțiile violente, oboseala, hrana insuficientă sau defectuoasă au părut a avea rolul etiologic.

Din punctul de vedere al simptomatologiei psihice rețin în special fenomenele onirice pe care niciodată nu le-am putut observa și urmări cu atîta precizie.

Întrebările trezesc bolnavul ca din somn, la început nu înțelege nimic, apoi repetă întrebarea, o traduce oarecum ca să o înțeleagă, în fine răspunde corect sau adeseori greșit.

Bradipsihia frecventă la acești bolnavi face ca desfășurarea tulburărilor psihice să poată fi observată mai cu ușurință. Halucinațiile vizuale, auditive, de simț muscular etc. se observă de regulă. De asemenea, uneori o stare de puerilism mintal. Discut între alte probleme influența emoției

asupra tulburărilor somatice pe cale nervoasă, pe de o parte, și chimice pe de alta. Din ultimul punct de vedere mă gîndesc la participarea secrețiilor interne.

Am publicat cu L u n e w s k i o interesantă observație de sindromul lui Korsakov apărut în urma unui traumatism al capului. Pierderea memoriei era considerabilă și bolnavul prezenta o dezorientare profundă însoțită de fabulație.

Reacția Pandy era pozitivă în lichidul cefalorahidian. Se găseau în plus două limfocite pe cm³. Reacția Wasserman era în schimb negativă.

Discuția cazului și a altora din același sindrom ne-au condus să conchidem la existența unui centru bazilar care reglează activitatea psihică așa precum H a s c o v e k, C a m u s și eu însumi am presupus încă de mult.

Am adus de asemenea o contribuție, pe care o cred de oarecare interes, la raporturile dintre tulburările funcțiilor endocrine și tulburările psihice și am impresia că acei ce s-ar interesa de această problemă vor găsi că această contribuție este reală.

În această ordine de idei, citez studiile ce privesc tulburările mintale în boala lui Basedow, mai multe lucrări referitoare la alterațiile tiroidiene în bolile mintale, în special în manie și melancolie, tulburările de același tip la bolnavi cu alterații tiroidiene, fapte ce conduc la ipoteza unei legături patogenice între psihozele afective și modificări ale funcției tiroidiene, în special de ordin hiperfuncțional (dar uneori și hipofuncțional).

Efectul ablației tiroidiene în unele cazuri de manie sau de melancolie vorbește în același sens.

Tot în raport cu patologia m-am ocupat într-o lucrare cu problema sinuciderii la alienați, cercetînd formele în care acest fenomen are loc și mecanismul prin care se ajunge la aceasta.

Anumite cercetări se referă la alterațiile glandei tiroide și ale altor glande, în epilepsie, în delirurile cronice, în unele stări paranoide, la greutatea glandelor endocrine la alienați (tiroidă, glandele genitale, suprarenale, ficat, rinichi, pancreas, splină etc.) și permit unele concluzii sau cel puțin sugestii ce pot inspira noi cercetări.

Studiul modificărilor morfologice, fizice și chimice ale sîngelui, al umorilor în genere, al organelor și țesuturilor la bolnavii mintali, mi s-a părut de asemenea demn de toată atenția.

În această ordine de idei menționez cercetările ce am făcut cu diferiți colaboratori asupra formulei leucocitare la alienați, asupra indicelui crioscopic la aceeași categorie de bolnavi (cu M a r i a P a r h o n) și asupra reacției lui Abderhalden.

Un oarecare interes ar putea să prezinte încercările ce am făcut referitor la acțiunea sîngelui de maniaci la melancolici și al ultimilor la maniaci. Aceste încercări par a merita să fie reluate.

În mai multe lucrări am urmărit problema isteriei, căutînd motivele care ar îndreptăți concepția unor alterații organice a centrilor nervoși sau din contra a unei psihoze „psihogene” vecine cu simulația. De asemenea, prezența în cazuri de isterie a unor simptome care erau considerate ca specifice bolilor organice, spre exemplu hipotonia musculară ori paraplegia

isterică, a căror vindecare rapidă prin mijloace psihoterapice a demonstrat natura psihogenă a bolii.

De asemenea, în mai multe lucrări m-am ocupat cu studiul oligofreniilor și a unor manifestări somatice la oligofreni.

Am studiat astfel mai multe cazuri de mongolism, cazuri de microcefalie (studii clinice și anatomo-clinice), prezența macromastiei în cazuri de idioție și debilitate mintală etc. Într-o lucrare asupra unui caz de infantilism la un idiot cu microgirie am discutat problema infantilismelor și a rolului scoarței cerebrale în coborîrea testiculelor în scrot.

Problema bolilor mintale în legătură cu sifilisul, aceea a paraliziei generale în primul rînd, a tulburărilor mintale în tabes, a dat loc la mai multe lucrări.

Astfel, am studiat paralizia generală juvenilă, arătînd particularitățile acestei forme, și ale paraliziei generale familiale; în ultima formă fiind de luat în considerație pe de o parte eventualele însușiri neurotrope ale spirochetei și, pe de altă parte, terenul pe care aceasta se însămînțează.

Obezitatea paraliticilor generali a făcut obiectul unei alte lucrări în care m-am ocupat în colaborare cu O b r e g i a și U r e c h i a de raporturile acestei tulburări trofice cu alterațiile glandelor cu secreție internă și cu acelea ale centrilor nervoși.

Ar merita poate o oarecare atenție ideea ce am avut-o de a trata paraliticii generali prin injecții de lichid cefalorahidian de la paralitici ameliorați sau vindecați, pornind de la ipoteza că reacțiile meningee și vasculare ar fi un fenomen de apărare și că la acest nivel s-ar forma anticorpi specifici.

Primele încercări ce am făcut din acest punct de vedere mi s-au părut încurajatoare. Ele n-au putut fi însă continuate din motive diferite, asupra cărora nu voi insista cu această ocazie.

Le semnalez aici pentru aceia care ar dori să adîncească problema așa-zisei paralizii generale sub diferitele ei aspecte, patogenice și terapeutice între altele.

În mai multe lucrări am studiat starea psihică la bolnavi ce au suferit de encefalită epidemică, insistînd în special asupra stării letargice și a bradipsihiei.

Encefalita epidemică este frecventă, fără a fi exclusivă pentru această vîrstă, în special la oameni tineri și la copii.

La celălalt capăt al vieții găsim psihozele senile, în special de tip demențial.

Acest domeniu m-a condus împreună cu cercetarea altor probleme la studiul fenomenelor de îmbătrînire. Dar despre aceasta mă voi ocupa cînd voi vorbi de contribuția neuro-endocrinologică.

Am consacrat mai multe lucrări psihozelor zise afective, adică acelora în care tulburările afectivității se găsesc pe primul plan. Am căutat să adîncesc problema mecanismului vieții afective.

Bazat pe concepția materialistă, cercetarea acestor fenomene m-a condus la concluzia că este vorba de adevărate percepțiuni asociate cu acelea senzitive sau senzoriale obișnuite, avînd căi centripete, care pot fi comune cu cele senzitive și senzoriale, dar care pătrunse în centrii nervoși dau colaterale care se leagă cu căile centripete sau centrifuge ale inervației vegetative

(circulatoare, respiratoare, digestive etc.) aducînd în cele din urmă în conștiință impresiile acestor modificări. Este vorba nu de fenomene de cunoaștere, ci de fenomene de simțire.

În realitate, primele ne informează asupra celor ce se petrec în lumea dinafară, ultimele asupra celor ce au loc în propriul nostru organism.

Evident, regăsim problema afectivității și în legătură cu cel de-al doilea sistem de semnalizare.

O problemă de psihofiziologie, de altfel strîns legată de precedenta, este aceea a raporturilor dintre senzația de frig și sentimentul de frică, a viselor terifiante în legătură cu senzația de frig în somn etc. Impresiile olfactive, emoțiile, sentimentele n-ar corespunde informațiilor (sau unora din acestea) aduse de primul sistem de semnalizare.

Vasoconstricția care provoacă senzații de frig intervine și în aceea de frică.

În timpul zilei, controlul perceptiv ne împiedică să facem confuzia care apare în vis. Se poate pune problema dacă nu intervine în această confuzie și un reflex condiționat, stabilit în mod natural.

În legătură cu problema afectivității, m-am întrebat în ce fel influențează muzica viața noastră afectivă. Am admis ca cea mai verosimilă explicație existența unor legături prin colaterale nervoase între fibrele interbulbare ale nervilor acustici și nucleii pneumogastricului. Prin intermediul ultimilor s-ar influența respirația în special, de asemenea circulația, inclusiv cea pulmonară, motilitatea tubului digestiv etc. Starea afectivă ce rezultă este expresiunea acestor modificări.

Într-o altă lucrare am studiat ceea ce s-a numit alienații criminali și criminalii alienați.

Criminologia este la granița patologiei mintale. Am cercetat de mai multe ori și acest domeniu. Am relatat unele observații din care reiese în mod evident că unele fapte clasate printre delicte sau crime au un caracter psihopatologic. Legăturile dintre crimă și psihopatologie pot fi privite adeseori prin prisma acesteia din urmă.

Am consacrat o comunicare asupra insuficienței asistenței bolnavilor psihopați în spitalele de specialitate.

În sfîrșit, am cercetat ce devin alienații vindecați și ieșiți din azil, arătînd că situația lor în societate este foarte anevoioasă, fiind necesar ca statul să le găsească condițiile de existență în colonii de stat, familiale și agricole.

În mai multe lucrări m-am ocupat de problema grafologiei.

Studiile de grafologie îmi par să aibă o însemnătate deosebită pentru a stabili caracterul unei persoane, din punctele de vedere psihic și somatic, considerate în mod unitar, nu independent.

Am cercetat caracterele generale ale scrisului. Am studiat de asemenea pe cele familiale, scrisul în raport cu afectivitatea, scrisul matematicienilor, scrisul lui Eminescu, al lui Pasteur, Goethe.

Am găsit între altele, confirmînd ceea ce se constatase și de alți autori, că în timpul tristeții scrisul este descendent, că scrisul legat este în raport cu gîndirea curgătoare, deci deductivă, mai exact strict logică, pe cîtă vreme scrisul desfăcut traduce mai degrabă o gîndire inductivă, cu tendințe la reverie.

Scrisul matematicienilor este foarte legat, uneori chiar trei cuvinte unite între ele. Dar sînt și excepții și P o i n c a r é insista asupra faptului că matematicienii nu au totdeauna gîndirea de tip deductiv.

Referitor la Eminescu, cercetarea numeroaselor scripte ce se găsesc în arhiva Academiei R.P.R. demonstrează că nu a avut caracterul unui pesimist așa cum au susținut unii din vechii critici.

Desigur, sînt încă foarte numeroase problemele de psihiatrie care ar fi de studiat la lumina și în condițiile actuale.

Psihopatologia este în strîns raport cu structura societății omenești. În trecut, abia am atins această problemă, deși totuși nu am neglijat-o complet, vorbind între altele de legăturile pelagrei sau ale alcoolismului cu starea de exploatare și de mizerie în care erau ținute clasele muncitoare și sărace de la țară și de la oraș.

Astăzi, în lumina învățăturii lui P a v l o v, se pun o sumă de probleme noi în legătură cu funcțiile scoarței cerebrale și cu reflexele condiționate. Se pun bazele unei psihiatrii experimentale. Desigur, unii dintre elevii mei vor lucra pe acest teren de care mă interesez eu însumi.

ACAD. C. I. PARHON

I. CERCETĂRI DE PSIHOLOGIE ŞI PSIHIATRIE

LUCRĂRI DE SINTEZĂ ASUPRA UNOR PROBLEME DE PSIHIATRIE

INTRODUCERE ÎN STUDIUL PSIHIATRIEI

PROBLEME DE BIOLOGIE CEREBRALĂ *

Se obișnuiește ca prima lecție a unui nou profesor să fie consacrată unei probleme generale însemnate, sau modului cum el înțelege problemele pe care le va face cunoscute.

Eu nu voi fi decît pentru puțin timp profesorul dumneavoastră de psihiatrie. Catedra mea este aceea de endocrinologie căreia înțeleg să-i dedic cea mai mare parte a muncii mele științifice.

Totuși am un lung trecut în neurologie și psihiatrie.

Am predat aceste materii timp de 21 de ani la Facultatea de medicină din Iași. De asemenea, am predat cursul de psihiatrie la Institutul de drept penal de pe lîngă Facultatea juridică din capitală. Sînt deci un familiarizat al problemelor de psihiatrie.

Pe de altă parte, poate că unii din d-voastră, puțini desigur, veți fi atrași spre studiul acestei probleme.

De aceea, am crezut bine să expun în fața d-voastră unele probleme fundamentale ale psihiatriei și de asemenea să indic unele probleme de biologie cerebrală, deoarece nu putem concepe un bun psihiatru care să se dezintereseze de fenomenele ce se petrec în organul cel mai important din punctul de vedere al specialității cu care se ocupă.

Prima chestiune ce se pune în momentul cînd începem împreună studiul psihiatriei este aceea de a ști : ce este psihiatria ?

Etimologicește acest cuvînt înseamnă medicina sufletului.

Aici este necesar să răspundem la o a doua chestiune : ce este sufletul ? ce sînt fenomenele psihice ?

Răspunsurile au variat după autori. Ziehen consideră ca fenomene psihice numai pe acelea însoțite de conștiință și mi se pare că acest mod de a vedea este cel preferabil.

---

* Lecție de deschidere a cursului de psihiatrie la Spitalul central de boli mintale și nervoase, 16 aprilie 1945.

Alţi autori fac să intre în fenomenele psihice şi reziduul vechilor stări de conştiinţă capabile a fi trezite, deci din nou însoţite de conştiinţă.

Această deosebire de vederi nu are decît o valoare relativă şi se reduce în definitiv la o simplă preferinţă pentru o terminologie sau pentru alta.

Dar o problemă de un interes capital se ridică, şi anume aceea a raportului dintre suflet şi corp.

Un fenomen psihic, o stare de conştiinţă poate fi de sine stătătoare sau este legată întotdeauna de existenţa unui organism şi de funcţionarea unui organ, a creierului în special?

Nu mi se pare îndoielnic că ultima alternativă este cea adevarată.

În orice caz, niciodată nu s-a putut demonstra contrariul.

Fapte uşor de observat stabilesc raporturile indiscutabile dintre creier şi psihic.

Menţionez aici lipsa de dezvoltare a vieţii psihice în leziunile însemnate congenitale sau cîştigate ale creierului, ca în idioţie, demenţa senilă sau unele forme de paralizie generală.

Citez de asemenea dispariţia conştiinţei în stările de narcoză, bradipsihia parkinsonienilor etc.

Nu pot să insist mai mult. Dar voi cita aici şi concluziile lui H. Roger: „Pentru a nu trece dincolo de rezultatele obţinute, vom mărturisi că actualmente este imposibil a spune în ce fel, într-un sistem organic, forţele cosmice dau naştere tripiedului psihic : sentiment, gîndire, voinţă, dar ceea ce putem afirma este că niciodată nu s-a constatat nici sentiment, nici gîndire, nici voinţă fără funcţionarea organică, cu alte cuvinte fără o activitate materială".

În acelaşi sens, acelaşi autor, pornind de la rolul glandei tiroide în viaţa psihică conchide : „Psihicul întreg se găseşte astfel redus la o influenţă chimică ; el nu se poate dezvolta nici menţine dacă iodul lipseşte. Un astfel de rezultat aruncă o lumină nouă asupra fiziologiei gîndirii".

Acestea zise, se cuvine să spunem cîteva cuvinte despre raporturile psihiatriei cu celelalte ramuri ale medicinei şi cu celelalte ştiinţe în general.

În primul rînd, psihiatria are raporturi foarte strînse cu neurologia, în aşa măsură că se poate spune că ele reprezintă două domenii ale aceleiaşi discipline ştiinţifice. Pe de o parte, creierul este organul nervos cel mai superior ; pe de altă parte, toate mecanismele nervoase, inclusiv cele psihice, au ca bază fenomenul ce poartă numele de reflex. Fenomenele psihice — ele însele — au ca bază înlănţuiri mai mult sau mai puţin complicate de reflexe.

Viaţa psihică nu este legată numai de creier sau de sistemul nervos central sau chiar central şi periferic, ci tot organismul o influenţează. Starea afectivă ce poartă numele de cenestezie, se traduce în cele din urmă printr-o bună dispoziţie (*la joie de vivre*) sau printr-o stare de indispoziţie etc. Starea psihică bazală, cenestezia, rezultă din ajungerea pînă la conştiinţă a impresiilor ce se produc din funcţionarea diferitelor organe, ţesuturi, din modificările ce au loc în ele în fiecare moment.

De asemenea, raporturile psihiatriei cu endocrinologia sînt din cele mai strînse şi întrucît mă priveşte m-am ocupat de ele în mai multe lucrări încă de mult (1906).

Amintesc cu privire la aceste relații de existența unei idioții mixedematoase, de psihozele mixedematoșilor sau ale basedovienilor, de starea psihică în tetanie și de psihozele unora din cei atinși de aceasta din urmă, sau de boala lui Addison, acromegalie, diabet.

Relațiile cu medicina internă sînt de asemenea indiscutabile și menționez în acest loc psihozele de tip confuziv, mai ales ale unor bolnavi atinși de boli hepatice, renale, cardiace etc.

Bolile infecțioase și cele toxice determină foarte des tulburări psihice.

Psihozele traumatice și cele zise postoperatorii stabilesc relații cu chirurgia.

Raporturile psihiatriei cu medicina legală și criminologia sînt extrem de strînse. Deliranții cronici, epilepticii, devin asasini cu o mare frecvență. Expertizele psihiatrice sînt deseori necesare în demențele senile. Și problema responsabilității, cu toate discuțiile legate de ea, este o punte de trecere între psihiatrie și medicina legală.

Contribuția adusă de anatomo-patologie la studiul bolilor mintale este așa de evidentă, încît nu mai este nevoie să insistăm.

Biochimia va fi din ce în ce mai mult o știință ajutătoare psihiatriei. Amintesc din acest punct de vedere constatările ce am făcut cu W e r n e r, referitor la creșterea însemnată a lipidelor din serul sanguin în idioția amaurotică.

Problema mare a eredității unor boli mintale stabilește raportul între psihiatrie și biologia generală.

În sfîrșit, psihiatria trebuie să fie legată de sociologie. Psihiatrul trebuie să cunoască condițiile în care a trăit pacientul ce-l are de îngrijit, viața familiară ca și mediul social, profesia, hrana, alcoolismul așa de frecvent etc.

Igiena mintală trebuie să constituie din ce în ce mai mult o preocupare a autorităților sanitare.

Trec repede asupra etiologiei bolilor mintale care nu se depărtează în mod esențial de ceea ce cunoaștem din patologia generală.

Factorii fizici, ca insolația, traumatismele, substanțe chimice ca alcoolul, morfina, de asemenea avitaminozele etc., determină unele boli mintale ; infecții diferite ca encefalita epidemică, meningitele de tot felul, febra tifoidă etc., dau loc de foarte multe ori la tulburări psihice.

Un loc important revine eredității, influențelor psihice și, precum am văzut, și celor sociale.

În ce privește patogenia bolilor mintale, cercetarea anatomopatologică a citoarhitectoniei cerebrale, a funcțiilor glandulare la alienați și eventual a leziunilor acestor organe, studiul chimic al creierului, sîngelui, țesuturilor, o vor lumina din ce în ce mai mult.

Ceea ce trebuie reținut din primul moment este intervenția infecțiilor și intoxicațiilor pe de o parte, și a tulburărilor de metabolism pe de altă parte (avitaminoza, tulburări endocrine).

Desigur tulburări de metabolism, ce rămîn în mare parte de cercetat, au un rol însemnat în grupul mare al psihozelor endogene.

Cîteva cuvinte se cuvin terapeuticii generale a bolilor mintale. Vom ține seamă de factorii etiologici și de cei patogenetici. Vom indica o

terapeutică simptomatică numai cînd ignorăm total cele două categorii de factori.

Ar trebui început printr-o bună igienă mintală individuală și mai ales socială, printr-o profilaxie a bolilor mintale.

Și în psihiatrie se poate pune de la caz la caz problema unei fizio-și a unei chimioterapii : climatoterapia, băi calde, reci sau temperate, radioterapie sub diferite forme, ionoterapie.

„Terapeutica” prin șocuri este de dorit să fie abandonată, ea nedînd în genere rezultate favorabile (cu toate aparențele, destul de rare ele însele) și fiind adeseori dăunătoare sănătății și chiar vieții bolnavului.

Terapeutica etiologică antiinfecțioasă prin arsenic, bismut este de menționat la chimioterapie. Tot astfel aceea prin sedative (opiu, luminal, hioscină, scopolamină) sau excitante (stricnină etc.).

Un rol important revine hormonoterapiei, celei tiroidiene uneori, de asemenea celei hipofizare, paratiroidiene, suprarenale și foarte des celei ovariene (tulburările ovarului avînd un rol important în psihiatrie). Insulina în doze mici poate fi deseori foarte utilă.

Terapeutica antihormonală (antitiroidiană în special) trebuie citată aici.

Terapeutica vitaminică este de asemenea de luat în considerație în unele cazuri (în pelagră între altele).

Nu vom uita în fine psihoterapia care trebuie condusă cu o extremă prudență.

Așa-zisa „psihanaliză” nu dă în genere rezultate favorabile și poate fi chiar vătămătoare.

O analiză psihologică discretă poate fi însă un izvor de informații pentru medic care va ști mai bine cum să se comporte față de bolnavii săi.

O asistență discretă în cazurile de melancolie (cu supravegherea necesară a bolnavilor), căutarea unui mediu prielnic stării afective a bolnavilor, este de avut întotdeauna în vedere.

Persuasiunea este de asemenea de luat în considerație în unele cazuri. Nu vom recurge decît cel mult excepțional la sugestia hipnotică și nu vom uita niciodată pe *Primum non nocere*.



În starea actuală a științei nu putem concepe o cercetare aprofundată a psihiatriei fără a cunoaște nu numai ceea ce se numește de regulă fiziologia cerebrală, dar și fără a înțelege biologia cerebrală, cu alte cuvinte condițiile de dezvoltare, de nutriție, de funcționare ale creierului.

Este necesar ca în această lecție să spun și cîteva cuvinte despre unele din problemele ce se pun cu privire la această chestiune.

Una din cele care mi se pare destul de interesante este aceea a *morfologiei cerebrale în legătură cu diferitele tipuri constituționale* și înțeleg aceste tipuri într-un sens mai larg decît acela dat de Kretschmer.

Tipurile constituționale trebuie privite mai cu seamă prin prisma endocrinologiei, așa cum am făcut-o și în *Manualul de endocrinologie*, publicat împreună cu Goldstein și Milcu. Problema aceasta mi se

pare a nu fi fost studiată de loc sau aproape de loc pînă în prezent. Interesul ei mi se pare indiscutabil.

Pe de altă parte, nu mai puțin interesantă mi se pare problema organogenezei cerebrale. Cu ani în urmă, am putut observa împreună cu C a h a n e un caz de idioție, în care la examenul anatomopatologic am găsit focare cu circumvoluții atrofice, desigur în urma unor procese encefalitice și în plus anomalii de dezvoltare cerebrală, printre care cea mai aparentă era prelungirea cu totul exagerată a șanțului perpendicular extern, care se prelungea pe toată fața externă a creierului și se continua cu șanțul paralel al lobului temporal.

Se pune deci problema întrucît anumite leziuni localizate ce se produc în timpul dezvoltării cerebrale influențează morfologia definitivă a creierului.

Cu alte cuvinte : problema *topocorelațiilor* cerebrale din punct de vedere morfogenetic.

Dar biologia dezvoltării cerebrale macro- și microscopică nu se mărginește la această problemă. Amintesc aici că începutul formării sistemului nervos are loc grație unor organizatori a căror natură chimică nu pare îndoielnică și care par a putea fi considerați, după cum am spus și cu altă ocazie, ca niște *topohormoni*.

Dar nici rolul hormonilor obișnuți nu pare îndoielnic. Voi cita în acest sens aspectul gelatinos al creierului din idioția mixedematoasă, descris de B o u r n e v i l l e, cu dezvoltarea insuficientă a celulelor nervoase și întîrzierea mielinizării (M a r i n e s c u).

De asemenea, problema încă insuficient studiată a legăturii dintre anencefalie și aplazia suprarenalelor. Se discută care din aceste două alterații este primitivă și care este secundară. După unii autori, în același timp cu anencefalia există și o lipsă de dezvoltare a hipofizei, iar aplazia suprarenalelor ar fi consecutivă acestei lipse de dezvoltare. Dar procesul poate fi interpretat ipotetic și în modul următor. În stare normală, creierul embrionar ar trimite un hormon care stimulează dezvoltarea suprarenalelor și funcționarea acestora pentru a produce substanțe (*lipoide*) necesare în special mielinizării sistemului nervos. Alterația primitivă (encefalitică) a creierului ar împiedica secreția hormonului cerebral suprareno-stimulant, de unde aplazia acestor glande.

Cercetări, prea puțin numeroase, ce am făcut cu G h e r t a W e r n e r, cu mai mulți ani în urmă, par favorabile acestor ipoteze.

Hipofiza ar stimula de asemenea dezvoltarea creierului, dar din acest punct de vedere chestiunea este cu totul obscură.

Există în schimb unele observații datorite lui B e r n a r d i n i, M i d l e m a s, N e u m a n n, M a r b u r g, care par a stabili o corelație între un exces de funcționare al epifizei și hipertrofia cerebrală.

Rolul hormonilor în dezvoltarea creierului este una din marile probleme ale biologiei cerebrale ; tot astfel, biochimia acestei dezvoltări, problemă desigur conexă cu cea precedentă.

Cît de interesantă este problema mecanismului prin care se stabilesc conexiunile neuronale, histogeneza cerebrală și neurohistogeneza în general este abia necesar să o mai semnalăm.

Ce lumină ar arunca asupra studiului sistemului nervos cunoaşterea determinismului acestor fenomene?

De asemenea, trebuie să ridicăm şi problema economiei interne a sistemului nervos şi în special a creierului.

Care sînt constituenţii chimici ai creierului în protide, lipide, glucide, fermenţi, vitamine, săruri, ioni?

Ce reacţii au loc între aceste diferite substanţe în timpul dezvoltării organului şi în timpul funcţionării lui?

Se spune de mult timp: Nu există gîndire fără fosfor şi Roger a putut să facă aceeaşi afirmaţie şi din punct de vedere al iodului.

Care este diferenţa între sîngele care ajunge şi care pleacă de la creier în sistemul nervos în general, sau cu alte cuvinte ce reţine şi ce dă acest sistem sîngelui (de asemenea lichidul cefalorahidian)?

Noţiunile de neurocrinie şi de neuricrinie, de hormonopexie (neurohormonopexie) sînt de asemenea de citat în acest loc.

Amintim că Schittelhelm, Eisler şi Pighini au găsit că iodul encefalic creşte după tratamentul tiroidian, de asemenea celebra experienţă a lui Harms, demonstrînd fixarea hormonului masculin pe centrii nervoşi ai masculilor în timpul epocii căldurilor. O emulsie de creier al unui asemenea broscoi, injectată unui broscoi castrat, exercită o acţiune erotizantă asupra acestuia din urmă.

Importanţa acetilcolinei, simpatinei, a creatinei, a fenomenelor proteolitice, este de luat în consideraţie cînd este vorba de biologia centrilor nervoşi.

Trebuie să notăm de asemenea importanţa chimiei regionale şi a chimiei patologice. Amintim din acest punct de vedere modificările chimice foarte accentuate (supraîncărcare de lipoide a centrilor nervoşi) în idioţia amaurotică şi într-o măsură mai mică, şi desigur diferită, în demenţa senilă şi în bătrîneţe în general.

Citām acum cîteva fapte cu privire la importanţa cercetărilor chimice pentru biologia centrilor nervoşi.

Creierul proaspăt conţine 1% glicogen. Acest organ conţine 69,9% apă în substanţa albă şi 83,5% în substanţa cenuşie. Conţine de asemenea un mare număr de fermenţi.

În ceea ce priveşte relaţia dintre hormoni şi biochimia cerebrală, amintim că Schittelhelm, Eisler şi Pighini au găsit că iodul cerebral creşte după tratamentul tiroidian sau prehipofizar, că glicogenul cerebral scade sub influenţa tratamentului cu insulină ca şi absorbţia glucozei de altfel, că noi înşine am găsit scăderea colesterolului cerebral sub influenţa tratamentului cu parathormonă şi că de asemenea, împreună cu Cahane şi Mîrza, am constatat variaţii interesante ale conţinutului în apă al creierului în diferite modificări experimentale ale echilibrului endocrinian.

Activitatea psihică produce în scoarţa cerebrală o proteoliză (Soula, Palladin). Sub influenţa ocluziei pleoapelor (prin coasere) coeficientul proteolitic în centrii vizuali scade de la 11,36 la 8,11. Redeschiderea pleoapelor face ca proteoliza să revină la normal.

De asemenea creatina (acidul metil-guanidinacetic) prezintă un interes pentru biologia cerebrală.

În convulsiile de natură cerebrală, proporţia creatinei creşte. Ea se leagă cu acidul fosforic şi intră în metabolismul zahărului.

Amintesc de asemenea de cercetările lui A. M a r i e, care a găsit că apa creşte în hemisferul atrofic la copiii atinşi de hemiplegie congenitală cu idioţie, că acelaşi fenomen are loc la paraliticii generali în fazele înaintate. Cresc şi sărurile solubile.

Mai notăm că M a r i n e s c u a găsit creşterea glicogenului cerebral în idioţia amaurotică şi că eu însumi cu M a r i n e s c u, B ă l o i am făcut o constatare analogă într-un caz de neuropatie parapiramidală.

Biologia cerebrală oferă, precum se vede, probleme de cel mai mare interes pentru psihiatrie, care rămîn însă în mare parte de studiat.

Un ultim cuvînt înainte de a termina.

Cum urmează să fie făcut cursul de psihiatrie.

Fireşte că diferitele probleme trebuie expuse din punct de vedere teoretic şi din cel practic.

Studiul clinic al bolnavului trebuie să fie făcut din punct de vedere morfologic, dar şi din cel fizico-chimic (metabolism bazal, chimia sîngelui, viteza de sedimentare, pH), fiziologic şi psihologic.

Nu se va pierde din vedere nici latura sociologică: condiţiile de existenţă ale bolnavului, ocupaţie, mediu.

Nu mai vorbesc de studiul antecedentelor ereditare, familiale şi personale, de la sine înţeles.

Adaug numai că studenţii trebuie să lucreze şi să studieze ei înşişi bolnavii din toate punctele de vedere. Numai aşa vor putea obţine cunoaşterea temeinică si vor putea fi la înălţimea chemării ce au de îndeplinit în societate.

ВВЕДЕНИЕ В ИЗУЧЕНИЕ ПСИХИАТРИИ

ПРОБЛЕМЫ БИОЛОГИИ МОЗГА

(КРАТКОБ СОДЕРЖАНИЕ)

Автор указывает, что исхиатрия заиимается изучением патологических психических явлений. Психические явления характеризуются тем, что оии явно или потенциально сопровождаются сознанием. Они не самостоятельны, а связаны с оргаиизмом, являются продуктом функции мозга.

Связь между мозгом и психической жизнью очевидна, так как повреждения мозга приводят к психическим расстройствам. Автор подчеркивает связь психиатрии с другими науками: певропатологией, эндокринологией, биохимией, судебной медициной, социологией, психогигиеной.

Невропатология принадлежит к той же дисциплине, но она охватывает несколько иную область, причем для обеих наук основным физиологическим явлеиием является рефлекс.

Эндокринология тесно связана с психиатрией вследствие существования психических расстройств, вызываемых повреждениями желез внутренней секреции (микседема, базедова болезнь, болезнь Аддисона).

Социология также имеет определенное значение для психиатрии с точки зрения условий труда и быта.

Дается краткий обзор этиологических факторов психических болезней и приводятся общие сведения по их лечению.

Автор высказывается против психоанализа и лечения посредством «шоков», указывая, что эти методы опасны и нередко оказываются безрезультатными.

Разбирая проблемы общей биологии мозга, автор останавливается на связи между морфологией мозга и различными конституциональными типами, рассматриваемыми с эндокринологической точки зрения. Рассматривается также вопрос о роли гормонов в органогенезе головного мозга.

Автор считает, что необходимо углубить изучение составных элементов мозга: белков, жиров, углеводов, ферментов, витаминов, минеральных солей, ионов. Подчеркивается роль иода. Отмечается тот факт, что нервная система является носителем мужского полового гормона.

Изменения липоидного обмена при амавротической идиотии и старческом слабоумии также имеют известиое значение. Высказываются краткие соображения относительно роли иода, креатина, фосфорной кислоты, гликогена.

В заключение указывается, как производится психиатрическое обследование больного, причем отмечается необходимость учета также и физикохимических, физиологических, психологических и социологических данных.

INTRODUCTION À L'ÉTUDE DE LA PSYCHIATRIE

CERTAINES QUESTIONS DE BIOLOGIE DU CERVEAU

(RÉSUMÉ)

La psychiatrie a pour objet l'étude des phénomènes psychiques morbides. Les phénomènes psychiques sont caractérisés par le fait, qu'effectivement ou potentiellement ils sont accompagnés par la conscience. Ils ne sont pas indépendants mais étroitement liés à l'organisme ; ils sont le produit des fonctions du cerveau.

Les connexités entre le cerveau et le psychisme sont évidentes, car les altérations de la substance cérébrale conduisent à des troubles mentaux. L'auteur insiste sur les rapports qui existent entre la psychiatrie et d'autres sciences : la neurologie, l'endocrinologie, la médecine légale, la biochimie, la sociologie, l'hygiène mentale.

La neurologie fait partie de la même discipline, mais elle aborde un territoire différent, dans les deux cas, le phénomène physiologique essentiel étant le réflexe.

L'endocrinologie est en étroite connexité avec la psychiatrie du fait des troubles psychiques engendrés par les altérations glandulaires (mixoedème, Basedow, Addison).

La sociologie est importante en ce qui concerne les conditions de vie et de travail aussi.

On passe brièvement en revue les facteurs étiologiques des maladies psychiques et des notions générales de thérapeutique.

L'auteur se déclare contre la thérapeutique par „chocs" et contre la psychanalyse, méthodes qu'il considère dangereuses et bien souvent inefficaces.

En analysant les problèmes de la biologie générale du cerveau, l'auteur insiste sur la morphologie cérébrale se rattachant au différents types constitutionnels considérés au point de vue endocrinologique. Le rôle des hormones dans l'organogénèse cérébrale est également analysé.

L'auteur considère qu'il faut approfondir l'étude des éléments constitutifs du cerveau : protéines, lipides, glucides, ferments, vitamines, sels, ions. Il insiste sur le rôle de l'iode. Il démontre que l'hormone masculine est fixée sur le système nerveux.

Les modifications du métabolisme des lipides dans l'idiotie amaurotique et la démence sénile sont également importantes. Le rôle de l'iode, de la créatine, de l'acide phosphorique, du glycogène est esquissé.

En conclusion, l'auteur démontre la manière dont le malade psychique doit etre étudié, au point de vue physicochimique, physiologique, psychologique et sociologique.

PSIHOZE PERIODICE SAU INTERMITENTE. PSIHOZE MANIACO-DEPRESIVE, PSIHOZE CIRCULARE, CICLOTIMIE, CICLOFRENIE. CONCEPŢII TEORETICE ŞI CĂI DE CERCETARE*

Este un fapt de necontestat şi cunoscut de vechii psihiatri, că anumite psihoze, mai ales cele desemnate sub numele de „psihoze afective" (mania şi melancolia) au o mare tendinţă de a recidiva. De aceea s-a vorbit de psihoze periodice, dar pe de altă parte s-a remarcat că adevărata periodicitate, adică aceea care presupune intervale destul de egale ale fazelor bolii şi de sănătate, mai mult sau mai puţin completă, nu se realizează. Atunci s-a înlocuit termenul de psihoze periodice cu acela de psihoze intermitente, acesta din urmă corespunzînd mai bine realităţii. Un al doilea fapt este acela că individul, care a suferit o dată de manie sau de melancolie, prezintă de cele mai multe ori o predispoziţie indiscutabilă de a manifesta tulburări psihice de ordin opus, adică melancolie sau manie.

Raporturile cronologice între aceste două forme de tulburări psihice sînt variabile după caz. Ele se pot succeda într-un fel mai mult sau mai puţin continuu şi atunci este vorba de *psihoză circulară*; dacă tulburările care se succed în acest fel nu sînt prea pronunţate, se spune că este vorba de o ciclotimie sau, mai simplu, de o constituţie ciclotimică.

Cînd între faza melancolică şi aceea maniacală se interpune una de sănătate normală sau aproape normală, vorbim de *psihoză alternă*.

S-a vorbit de asemenea de manie sau melancolie periodică sau intermitentă atunci cînd psihoza se reproduce întotdeauna după una sau alta din aceste două forme.

Dar, cu drept cuvînt s-a remarcat că mania poate fi precedată sau urmată de o fază scurtă şi puţin accentuată de melancolie (sau invers), cîteodată atît de puţin accentuată, încît ea scapă unui observator neavizat.

---

* Publicată în „Noua revistă medicală", 1937, nr. 9.

Toate motivele de mai sus l-au făcut pe K r a e p e l i n să creadă că mania şi melancolia nu reprezintă boli independente, în sensul strict al cuvîntului, ci forme şi faze diferite ale uneia şi aceleiaşi boli, pentru care a propus numele de psihoză maniaco-depresivă. El remarcă în sprijinul acestei păreri, că simptomele sindromului maniacal se pot combina la acelaşi bolnav cu acele ale sindromului melancolic, realizînd ceea ce ilustrul psihiatru german desemnase sub numele de stări mixte (*Mischzustände*). Concepţia lui K r a e p e l i n a fost admisă de numeroşi autori, în special germani. Totuşi, i s-a obiectat că la unii bolnavi a apărut numai mania sau melancolia, iar la alţii, psihoza nu a apărut decît o dată şi sub o singură formă (maniacă sau melancolică) în cursul existenţei bolnavului. S-a remarcat totodată şi opoziţia care există între simptomele maniei şi melancoliei, iar R e g i s a afirmat că una reprezintă ziua şi cealaltă noaptea. Este evident că între tristeţe şi veselie există o opoziţie indiscutabilă. Dar poate că şi una şi alta nu reprezintă decît aspecte funcţionale ale aceluiaşi mecanism nervos, astfel că ne putem întreba dacă mania şi melancolia nu sînt în multe cazuri numai aspecte funcţionale diferite de excitaţie sau de epuizare, determinate de acelaşi factor, de aceeaşi substanţă chimică etc. În acest mod am putea concepe prezenţa unui singur acces în cursul existenţei unui individ, ca rezultat dintr-o acţiune patogenă tranzitorie şi care are loc în organism; forma maniacală sau melancolică depinzînd de intensitatea acestei acţiuni, de starea prealabilă a terenului etc.

Dar la drept vorbind *psihozele pe care le avem în vedere reprezintă sindroame de reacţie ale organismului la tulburări de natură variată de cele mai multe ori (după părerea noastră, de natură endocriniană şi mai ales hipertiroidiană şi hipoovariană).*

Datoria psihiatrului, în starea actuală a ştiinţei, este — sub pedeapsa de a cădea în logomahie — de a căuta să pătrundă natura intimă biochimică a tulburării funcţionale în fiecare caz, în loc de a face să intre cu forţa sindroamele pe care le observă într-un cadru creat mai înainte.

În cîteva comunicări anterioare şi mai ales într-un articol publicat în „Buletinul societăţii de psihiatrie din Bucureşti[1])", profesorul O b r e g i a a încercat de a opune concepţiei psihozei maniaco-depresive o alta mai cuprinzătoare.

El afirmă că trebuie conservate cadrele nosografice ale maniei şi ale melancoliei, şi din punctul acesta de vedere sîntem de acord cu el, remarcînd însă că în linii generale trebuie să vedem în manie şi în melancolie sindroame psihopatologice şi nu entităţi morbide, deşi în majoritatea cazurilor credem că patogenia intimă este, după cum am mai spus, aceea endocriniană. Afară de aceasta, este necesar să adăugăm că patogenia intimă nu trebuie să fie cu orice preţ deosebită dacă accesele se repetă, sau nu se prezintă decît unul singur în cursul existenţei bolnavului. Dar faptul esenţial asupra căruia profesorul O b r e g i a insistă este că anumite psihoze periodice nu se prezintă sub forma de manie, melancolie etc., ci sub aceea a psihozelor de tip paranoid, parafrenie, confuzional, fobic sau obsesiv, impulsiv, dipsomaniac, schizoid.

---

[1]) Anul I, vol. 1, nr. 1.

Aceasta, spune autorul, nu concordă cu teoria psihozei maniaco-depresive, sau cu aceea care a precedat-o și care acceptă indiferent ce mod de succesiune a acestor două stări (manie și melancolie), sau numai a uneia din ele dar nu și a paranoiei.

Autorul susține în fine că „promotorii" acestei teorii (a psihozei maniaco-depresive) afirmă că intervalele nu sînt niciodată lucide, fapt pe care autorul caută să-l combată.

Asupra acestui ultim punct de vedere am fi preferat să se citeze nume și pasaje din textele autorilor care au făcut o asemenea afirmație. Dar punctul esențial al articolului este următorul :

Pentru a remedia în totul defectele „teoriei kraepeliniene", autorul se întreabă dacă nu este just să se modifice cadrul nosografic și propune să se consacre termenul de „ciclofrenie" pentru grupul destul de numeros al bolnavilor la care se pot produce și repeta cu intervale de sănătate psihică, mai mult sau mai puțin perfectă, anumite sindroame psihopatice.

În această ciclofrenie se pot orîndui nu numai manifestările maniacale sau depresive, dar și acelea paranoide, parafrenice, obsesive, impulsive, schizoide, catatonice etc.

Caracterul biologic predominant al acestui grup este că el reunește toate psihozele ciclotimice.

Ereditatea este constantă și similară. „Această constituție ciclotimică avînd un caracter biologic ineluctabil, va imprima evoluția psihică a bolnavului".

Autorul observă că acest cadru al ciclofreniei este mult mai cuprinzător și poate „adăposti" toate manifestările pe care le descrie „și încă atîtea altele".

Cît despre nomenclatură, continuă autorul „este just că numele clasei precedă și că acela al tipului să-l completeze". Se va spune de exemplu cicloparanoide, maniacale etc. Recunosc împreună cu autorul că acest cadru pe care îl propune este într-adevăr destul de cuprinzător și de larg pentru ca să adăpostească toate tulburările psihice pe care le-a avut în vedere „și încă atîtea altele". Dar concepția ce reprezintă este realmente un progres ?

Este permis să ne îndoim. Concepția propusă de profesorul Obregia este susceptibilă la mai multe obiecții.

Mai întîi la ce bun să se substituie termenul de ciclofrenie celui mai simplu, și care nu prejudiciază cu nimic, de psihoză intermitentă. Termenul de ciclofrenie se pretează la confuzie.

Ni se pare sinonim sau aproape, cu acela de psihoză circulară. Dar psihoză circulară nu înseamnă psihoză periodică sau intermitentă, deși s-a întrebuințat uneori și pentru aceasta din urmă termenul de psihoză ciclică. El indică succesiunea fazelor maniacale și melancolice fără întrerupere. Termenul de ciclotimie, cu care de asemenea se confundă, indică că este vorba de o formă atenuată a psihozei circulare.

Dar din punct de vedere al problemei ce ne interesează, putem oare să afirmăm existența unei legături strînse între tulburări psihice cu totul diferite numai pe motivul că sînt intermitente ? Judecînd în acest fel, ar fi „just" să aplicăm aceeași măsură și psihozelor permanente și se va face

o nouă clasă care să cuprindă formele obişnuite de paranoia, schizofrenie, parafrenie, manie sau melancolie cronice şi încă multe altele.

Dar oare procedînd în acest fel ştiinţa va progresa realmente? După părerea noastră, faptul că o tulburare psihică (sau de altă natură) nu este durabilă dovedeşte că organismul nu a fost prea grav atins.

Aceasta este mai importantă dacă într-un fel oarecare rămîne latentă, dacă se repetă, sau şi mai importantă dacă tulburarea devine cronică. Dar în ceea ce priveşte natura psihozelor, nimic nu dovedeşte că o psihoză de tip paranoic care îmbracă forma intermitentă se apropie mai mult de adevărata psihoză circulară, sau de manie şi melancolie intermitentă, decît paranoia cronică.

Credem că psihiatria de astăzi, fără a părăsi niciodată terenul clinicii, trebuie totuşi să se angajeze din ce în ce pe calea cercetărilor de laborator. Va trebui căutat ceea ce este propriu din punct de vedere biochimic hormonal etc., fiecărei psihoze, ceea ce o diferenţiază şi, desigur, ceea ce o apropie de altele. Numai astfel ea va putea într-adevăr progresa.

ПЕРИОДИЧЕСКИЕ ИЛИ ИНТЕРМИТТИРУЮЩИЕ ПСИХОЗЫ МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ ПСИХОЗЫ ЦИРКУЛЯРНЫЕ ПСИХОЗЫ, ЦИКЛОТИМИЯ, ЦИКЛОФРЕНИЯ ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ КОНЦЕПЦИИ И ПУТИ ИССЛЕДОВАНИЯ

(КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ)

Автор коротко излагает высказанную Крепелином теорию о том, что аффективные психозы — мания и меланхолия — являются не самостоятельными заболеваниями, а формами и фазами одной и той же болезни, для которой он предложил название «маниакально-депрессивного психоза». В защиту своего воззрения Крепелин приводит следующие доводы:

1. Эти заболевания отличаются весьма выраженной склонностью к рецидивам, откуда и происходит название периодических, или, правильнее, интермиттирующих психозов.

2. Больной, однажды страдавший манией, весьма склонен к последующему заболеванию меланхолией и наоборот.

Характер последовательности, однако, весьма разнообразен, принимая форму циркулярного психоза, альтернирующего психоза, перемежающейся мании или меланхолии, единичного приступа.

3. Мании нередко предшествует фаза слабо выраженной меланхолии или наоборот.

4. Иногда симптомы мании и меланхолии сочетаются, что дает картину «смешанных состояний».

Автор делает также и критические замечания по поводу этой теории.

По мнению автора, мания и меланхолия являются своеобразными финкциональными аспектами возбиждения или истощения, вызванными одним и тем же патогенным фактором.

Маниакально-депрессивные психозы являются синдромами, обусловленными определенной реакцией организма на разнообразные расстройства, чаще всего эндокринные, главным образом в виде гиперфункции щитовидной железы и гипофункции яичника.

Автор не признает понятия «циклофрении», предложенного Обрежей и включающего все периодические психозы не только маниакально-депрессивного типа, но также и параноидного, парафренического, со спутанностью сознания и др. Он указывает, что нельзя утверждать наличия тесной связи между различными психозами только на том основании, что они являются интермиттирующими, подобно тому как нельзя делать того же утверждения относительно тех психозов, общей чертой которых является их постоянство.

PSYCHOSES PÉRIODIQUES OU INTERMITTENTES. PSYCHOSES MANIACO-DÉPRESSIVES, PSYCHOSES CIRCULAIRES, CYCLOTHYMIE, CYCLOPHRÉNIE. CONCEPTIONS THÉORIQUES ET VOIES DE RECHERCHES

(RÉSUMÉ)

L'auteur résume la théorie de Kraepelin suivant laquelle les psychoses affectives, la manie et la mélancolie ne sont pas des entités indépendantes mais des formes et des phases d'une même maladie, pour laquelle il a proposé le nom de „psychose maniaco-dépressive". Les arguments sont les suivants :

1) Ces affections ont une forte tendance à récidiver, d'où le nom de psychoses périodiques ou, plus correctement, intermittentes.

2) Le malade qui a souffert d'une manie a une tendance à la mélancolie et inversement.

Le mode de succession est cependant varié et réalise la psychose circulaire, la psychose alterne, la manie ou la mélancolie intermittente, l'accès unique.

3) La manie est souvent précédée d'une phase de mélancolie fruste ou inversement.

4) Les symptômes de la manie et de la mélancolie peuvent, parfois, se combiner, réalisant „les états mixtes".

On discute également les critiques soulevées par cette théorie.

L'auteur considère que la manie et la mélancolie sont des aspects fonctionnels différents d'excitation ou d'épuisement, déterminés par le même facteur pathogène.

Les psychoses maniaco-dépressives sont des syndromes de réaction de l'organisme à des troubles de nature variée, le plus souvent endocriniens, surtout hyperthyroïdiens ou hypo-ovariens.

L'auteur s'élève contre la notion de cyclophrénie, proposée par Obregia, dans laquelle se trouvent englobées toutes les psychoses périodiques, non seulement du type maniaco-dépressif, mais aussi paranoïde, paraphrénique, confusionnel, etc. Il démontre qu'on ne saurait affirmer qu'il y ait une connexion étroite entre des psychoses différentes, uniquement du fait qu'elles sont intermittentes. On ne saurait non plus soutenir une connexité entre les psychoses permanentes en raison d'un argument analogue.

CE ESTE ȘI CE NU ESTE ISTERIA?*

Într-un articol publicat în România medicală[1]) N o i c a, ocupîndu-se de modul „cum este concepută isteria în mediul neurologic romîn" și vorbind între altele și de modul în care eu însumi privesc patogenia isteriei, amintește că de mai mulți ani împărtășesc părerea că fenomenele isterice sînt provocate de indivizi în vederea unui interes. Urmează că toate cazurile de isterie sînt produse ale simulării, deci toți bolnavii isterici sînt simpli simulanți. Din această concepție, rezultă de asemenea pentru autor, că „fenomenele isterice sînt funcționale, și prin urmare ele n-au la baza lor nici o leziune organică".

N o i c a se declară de acord cu mine, cu ultimul punct de vedere. În plus, d-sa adaugă : „sîntem de acord de asemenea să admitem că o parte din isterici sînt simulanți, *însă nu toți*". Aici autorul amintește opinia lui B a b i n s k i pe care o admite în întregime.

Este vorba de producerea și vindecarea manifestațiilor isterice prin sugestie.

N o i c a adaugă : „Prof. Parhon ignorează cu totul în concepția sa această categorie de pitiatici și nu vede înaintea sa decît numai bolnavi simulanți".

Dacă faptul ar fi așa, mai continuă autorul, eu aș fi în mare încurcătură cînd aș fi obligat să rezolv situația invalizilor de război, din care o parte sînt funcționali.

Dacă concepția mea ar fi adevărată ar trebui ca, o dată acești bolnavi vindecați, statul să aibă dreptul să le ceară să restituie sumele încasate pentru invaliditatea de război, pedepsindu-i în același timp pentru că în mod conștient au înșelat societatea.

În conștiința noastră, nu putem cere aceasta, căci avem convingerea că, dacă o parte din bolnavii invalizi funcționali sînt simulanți, o parte

* Publicată în „Noua revistă medicală", 1936, nr. 1.

[1]) 1 feb. 1936.

însă sînt pitiatici — după cum afirmă Babinski — „sugestionaţi sau autosugestionaţi".

Atunci, în faţa acestei dificultăţi de a deosebi funcţionalul simulant de funcţionalul de bună credinţă — aşa cum ne-a prevenit Babinski — preferăm să ne mulţumim a-i vindeca, a-i reda societăţii ca valizi, fără ca statul să mai aibă vreo pretenţie asupra trecutului lor.

Soluţia este deci simplă. Nu ne mai batem capul cu diagnosticul dintre simulaţie şi tulburare pitiatică, ci îi vindecăm pe toţi. Nu ştiu pentru ce Noica crede că pentru mine situaţia ar fi mult mai dificilă.

Noica pare a crede că în tratamentul acestor cazuri s-a comportat în mod original, pe cîtă vreme, de fapt, a procedat ca toţi ceilalţi neurologi. Dar la ce bun să caut a-i spulbera o iluzie.

Tot aşa relativ la convingerea d-sale că vindecatul, fost surdo-mut isteric, era un simplu sugestionat, deoarece după vindecare îi sărută mîinile zicîndu-i : „Dar mai bine să mor pe front decît să mă duc acasă, surd şi mut, ca toată lumea să rîdă de mine şi nici o fată să nu mai vrea să mă ia de bărbat".

Mai reţin din articolul Noica, că unii chirurgi au luat unele deformaţii funcţionale drept invaliditate de război şi că bolnavul, la rîndul său, lua această hotărîre ca adevărată, fie crezînd că este un paralizat definitiv, fie că-i convenea această nouă situaţie, care-i dădea dreptul la o despăgubire materială de război. De aici a rezultat că aceste atitudini vicioase s-au permanentizat, şi astfel am putut să văd cazuri trimise la comisia sanitară de revizuire, după 12 ani de la război.

În definitiv, Noica afirmă că ideile lui Babinski sînt adevărate, dar nu exclude că unii isterici sînt simulanţi.

Pe de altă parte, afirmă că este greu de făcut distincţia dintre unii şi alţii şi că, prin urmare, atitudinea cea mai bună este să-i vindecăm pe toţi, fără a ne bate prea mult capul cu diagnosticul celor două categorii şi fără ca ei sau societatea să mai aibă ceva de zis ulterior.

Pentru atitudinea practică nu am nimic de obiectat.

În ceea ce priveşte latura teoretică a chestiunii, am de spus următoarele :

Eu nu am afirmat că istericii sînt simulanţi, ci că fenomenele catalogate sub acest nume sînt realizate de bolnav prin mecanismul actelor voluntare, şi că ele au la origine interesul celor ce le prezintă.

Nu am afirmat că aceşti isterici sînt simulanţi, pentru că de fapt este imposibil sau aproape imposibil să cunoaştem exact starea de conştiinţă a cuiva.

Pe de altă parte, fără să contest în mod absolut producerea pe cale sugestivă a unor manifestări catalogate sub diagnosticul de isterie, mă cred îndreptăţit să susţin că interesul şi nu auto-sau heterosugestia a fost factorul esenţial care a produs marea majoritate, dacă nu toate cazurile de mutism isteric, hemiplegii, paraplegii, camptocormii etc., observate în timpul războiului mondial.

Această afirmaţie se bazează pe următoarele observaţii :

Condiţiile de existenţă în spital erau mult mai bune decît cele de pe front sau cîmpul de luptă.

Cu cît istericii erau mai îngrijiți, în sensul traiului bun, masajului, asistenței în genere, cu atît vindecarea întîrzia; cu cît, din contră, ei erau tratați mai sever, cu atît vindecarea se producea mai repede.

Îmi este greu să admit spre exemplu că „torpilajul" lui Clovis Vincent este o metodă care lucrează prin sugestie. Acest tratament face pe bolnav să simtă o suferință actuală foarte reală și *insuportabilă*, mai sigură în tot cazul decît o eventuală rănire pe front.

Pe de altă parte, am văzut isterici cu hemiplegii sau surdomutism, tratați prin masaj sau prin „psihoterapie" de doamne sau domnișoare delicate, isterici ale căror simptome se permanentizau, dar care se vindecau repede, imediat ce erau scoși din atmosfera aceasta terapeutică și supuși torpilajului sau unei metode echivalente.

De asemenea, îmi amintesc de un caz de „camptocormie isterică" vindecat instantaneu, cînd a fost culcat pe spate și întins în mod mecanic, în poziție de decubitus dorsal.

În plus, am remarcat că istericii cu paraplegie sau hemiplegie nu numai că se feresc de a încerca să miște membrele „paralizate" *dar opun o rezistență cînd încercăm să le mobilizăm în mod pasiv*, iar cînd le spunem să facă sforțări să miște aceste membre, vedem că aceste sforțări sînt canalizate *spre alte teritorii musculare* decît cele atinse de „paralizie".

Apoi, în ce fel se realizează pe cale de sugestie o paralizie, cînd cea mai mică încercare de a mișca membrul ar fi urmată de mișcarea efectivă?

De asemenea, pentru ce accesele isterice au totdeauna nevoie de spectatori și nu se produc cînd sala este goală?

Pentru ce izolarea le face să dispară?

De ce contracturile isterice dispar în timpul somnului?

Babinski a avut desigur marele merit de a fi delimitat cîmpul isteriei, dar concepția sa a fost, după cele ce cred, necorespunzătoare majorității faptelor[1]).

În concepția sugestiei, fenomenele isterice sînt expresia unei modificări psihice de ordin ideativ, în aceea a interesului (*Fluchten in die Krankheit* a autorilor germani); ele sînt, din contră, de ordin afectiv.

Ultima interpretare nu implică însă cîtuși de puțin o atitudine revendicativă din partea medicului, chiar dacă această atitudine ar putea avea scuza să fie inspirată de interesul social.

O cît mai largă generozitate și comprehensiune față de suferința omenească, de oricare suferință omenească, trebuie să rămînă atitudinea constantă a medicului, în oricare împrejurare.

Ușurarea suferinței trebuie să rămînă totdeauna țelul activității medicale.

---

[1]) Marinescu afirmă de asemenea că „la baza fenomenelor isterice nu se găsește sı estia" (Romînia medicală, 1936, nr. 5, p. 57—58).

КАК СЛЕДУЕТ И КАК НЕ СЛЕДУЕТ ПОНИМАТЬ ИСТЕРИЮ

(КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ)

Оспаривая мнение д-ра Ноика, автор высказывает свою точку зрения относительно истерии.

Явления, расцениваемые как истерические, осуществляются больным посредством механизма произвольных актов, причем происхождение их связано с заинтересованиостью того субъекта, у которого оии наблюдаются. Это не означает, однако, наличия тождества между истерией и симуляцией.

Вероятно, эти явлеиия могут возникать и в результате внушения, однако, в большинстве случаев, отмеченных во время мировой войны, основным фактором была заинтересованность.

Автор приводит ряд доводов в защиту своего мнения: чем хуже лечили истеричных субъектов, тем быстрее они выздоравливали; „torpillage”, о котором говорит Кловие Венсан, не может воздействовать путем внушения; больные оказывают сопротивление, если пытаться привести в движение их «парализованные» конечности; если от них требуют двигать конечностями, усилия направляются на другие мышечные группы; истерические припадки наблюдаются только в присутствии других лиц и т. д.

CE QU'EST L'HYSTÉRIE ET CE QU'ELLE N'EST PAS

(RÉSUMÉ)

A l'occasion d'une discussion avec le dr. Noica, l'auteur précise son point de vue sur l'hystérie.

Les phénomènes catalogués comme hystériques sont réalisés par le malade par le mécanisme des actes volontaires et ont leur origine dans l'intérêt quelconque de ceux qui offrent ces phénomènes. Toutefois, cela ne signifie pas qu'il y ait identité entre l'hystérie et la simulation.

Probablement que ces phénomènes peuvent également être produits par suggestion, mais dans la plupart des cas observés au cours de la première guerre mondiale, l'intérêt a représenté le facteur essentiel.

L'auteur présente des arguments en faveur de son opinion: la guérison des hystériques était d'autant plus rapide qu'ils étaient moins traités; le „torpillage" de Clovis Vincent ne peut agir par suggestion; les malades opposent une résistance lorsqu'on essaye de mobiliser leurs membres „paralysés"; lorsqu'on leur commande de les mouvoir, leurs efforts sont canalisés vers d'autres territoires musculaires; leurs troubles se manifestent seulement en public, etc.

DESPRE SINUCIDERE LA ALIENAȚI*

În două lucrări anterioare, publicate în această revistă, ne-am ocupat de problema alienaților criminali și a criminalilor alienați. Acești bolnavi nenorociți nu sînt primejdioși numai pentru ceilalți : ei sînt adesea primejdioși și pentru ei înșiși. Alienații, în adevăr, se sinucid frecvent. Asupra acestei probleme, a sinuciderii la alienați, avem intenția să spunem cîteva cuvinte.

Mai întîi, trebuie să afirmăm că pare îndoielnic ca un om complet normal să poată atenta la propria lui viață. Dimpotrivă, cea mai mare parte din autorii care s-au ocupat de această problemă sînt de părere că sinucigașii au fost bolnavi din punct de vedere psihic și că de cele mai multe ori — dar nu totdeauna — ei au fost adevărați alienați (1).

Este adevărat că se pot concepe unele situații în care moartea apare preferabilă vieții, aceasta din urmă nemaifiind cu putință de cît cu prețul unor umilinți grozave, sau celor mai grele suferinți morale.

Dacă însă, în asemenea stări, sinuciderea poate fi privită ca o consecință logică a gîndirii normale, adică a reflectării, trebuie să admitem de asemenea că o atare concluzie a trebuit să fie determinată de cele mai îngrozitoare chinuri morale și că autorul sinuciderii era deci, din punct de vedere psihic, aproape tot un om bolnav, orice s-ar spune.

De altminteri, chiar la alienații propriu-ziși, elementele care duc cel mai adesea la sinucidere nu sînt tulburările inteligenței, ci tulburările afectivității. Din acest punct de vedere, găsim interesant să amintim cugetarea formulată de Max Nordau în paradoxele sale psihologice, și anume că cei care se sinucid fac aceasta nu din ură de viață, ci din dragoste de viață. Ei își curmă zilele tocmai pentru că nu pot să trăiască viața, așa cum au înțeles-o și cum și-ar fi dorit-o.

Cazurile de sinucidere la care am făcut aluzie mai sus sînt cu siguranță excepționale în timpuri normale. Ele pot deveni mai frecvente

* În colaborare cu C. Popa Radu. Publicată în „Archives de sociologie et de criminologie", 1916.

în timpurile tulburi, ca de pildă, în cursul războaielor, al revoluțiilor etc.. Apare ca neîndoios că, în cea mai mare parte a cazurilor, sinuciderea trebuie să pornească de la perturbări psihice mai mult sau mai puțin profunde.

Aceste tulburări pot să consiste în alterări de ordin depresiv ale afectivității, care pun pe bolnav în imposibilitate de a simți emoții, sentimente agreabile, sau chiar care fac ca toate emoțiile și sentimentele să fie dureroase, de neîndurat. Pe lîngă atare tulburări afective, și uneori în legătură cu ele, trebuie să menționăm o oarecare inhibiție a gîndirii, deci o alterare a raționamentului, o exagerare a impulsivității, o simplificare a proceselor psihice.

Aceste condiții psihopatologice pot să explice o mare parte din cazurile de sinucidere pasională, precum și sinuciderea la copii, căci din nenorocire, această vîrstă fragedă își are sinucigașii ei.

Sinuciderea copiilor pare frecventă mai cu seamă în unele țări, ca de pildă în Rusia, ceea ce a inspirat lucrările lui Korochko (2) și Ostrowsky (3).

După acest din urmă autor, epidemiile contemporane de sinucidere bîntuie printre adulți în Rusia, afectînd și pe tinerii între 16 și 20 de ani.. După cum observă Barbaux (4), valoarea scăzută pe care copiii ce se sinucid, par a o atribui vieții, nu este decît o relativitate înșelătoare, întrucît, dată fiind marea sensibilitate a copilului, reacțiile lui dureroase pot fi tot atît de intense ca și ale adultului. Pe lîngă aceasta, după cum observam mai sus, intensitatea slabă a raționamentului, inhibiția psihică, la această vîrstă, pot să explice în parte sinuciderea infantilă, și Barbaux observă tocmai lipsa de precugetare a acestui act la copii, unde ea apare ca rezultatul unei impulsii.

În orice caz, copiii normali se bucură de o provizie considerabilă de optimism și sîntem îndreptățiți să credem că, copiii care se sinucid sînt în general anormali, într-o privință sau alta.

Am pomenit despre epidemii de sinucidere. Se cuvine să menționăm aici rolul unui alt factor care intervine adesea, cînd găsește un teren pregătit. Voim să vorbim despre sugestie sau, ceea ce este același lucru, despre mitație. Sugestia prin cărți, sau prin ziare, care relatează în fiecare zi noi cazuri de sinucidere, intervine într-adevăr într-o largă măsură în propagarea acestui act regretabil.

Uneori, sinuciderea epidemică și sinuciderea în comun, după cum s-au semnalat cazuri tot în Rusia — iar în evul mediu și în alte regiuni ale Europei — sînt rezultatul unor idei mistice, religioase.

Dar cea mai mare parte din cazurile de sinucidere sînt produse de o boală psihică foarte caracteristică. Voim să vorbim despre melancolie.

Aceasta din urmă se caracterizează prin dispariția completă sau aproape completă a sentimentului constant, într-un grad variabil la omul normal, și exprimat prin formula „bucuria de a trăi". Această dispariție este conștientă și este dureros simțită de bolnavi. Nimic din ceea ce făcea pentru ei odinioară atracția și farmecul vieții (deprinderile preferate, diferite ocupații, înclinații speciale, amiciție tandră, dragostea de rude etc.) nu mai poate să-i atragă, să-i miște sau să le producă plăcere. Aceasta

este starea pe care Ribot o numeşte anhedonie (imposibilitatea de a simţi plăcerea). Destul de des, o asemenea stare, aproape pasivă pînă la un moment dat, se accentuează atît de mult, încît bolnavul care nu mai poate încerca sentimente plăcute, nu mai are dimpotrivă decît sentimente extrem de dureroase. Simte cum cea mai neagră desnădejde, îi cuprinde inima. Este oarecum sub impresia că ar fi comis crimele cele mai înspăimîntătoare. Îi este teamă să nu-şi piardă toată averea, abătîndu-se nenorocirea astfel asupra familiei lui. Şi pe acest teren dureros al afectivităţii, încolţeşte atunci cu cea mai mare uşurinţă delirul determinat de spectrul ruinei, umilinţei, vinovăţiei, autoacuzării, a blestemului; raţionamentul fiind copleşit de convingerea că totul s-a sfîrşit pentru totdeauna, că orice ameliorare a situaţiei este cu neputinţă.

Şi atunci, ce soluţie mai poate oare să existe pentru aceşti nenorociţi? Ideea sinuciderii se naşte într-un chip foarte firesc în creierul lor, şi bolnavii o traduc în fapt într-un mare număr de cazuri.

Nu există psihiatru care să nu fi înregistrat şi regretat pierderea unuia sau mai multora dintre bolnavii lui în acest fel, în ciuda tuturor precauţiilor luate şi cu toate recomandările făcute familiei bolnavului de a-l pune sub cea mai severă şi cea mai stăruitoare supraveghere.

Unul din noi îşi aminteşte cazul unui om care tocmai terminase de făcut reparaţiile la casă. Se putea crede că toate puteau merge bine. Dar oboselile, grijile băneşti etc., pricinuite de această reparaţie, fuseseră atît de mari şi-l afectaseră într-atît, încît nenorocitul a fost cuprins de melancolie şi şi-a pus capăt zilelor atunci cînd nimeni nu se aştepta la aşa ceva. La fel am avut ocazia să observăm cazul unei femei în vîrstă, suferind de melancolie cu formă periodică; în fiecare lună, avea 15 zile bune şi 15 zile de melancolie. Am avertizat familia asupra gravităţii prezentate de această stare şi asupra necesităţii unei supravegheri de fiece clipă. Dar familia nu ţinu seamă în mod strict de recomandare şi bolnava profită de o oră de singurătate pentru a înghiţi, pe cît a fost cu putinţă să se constate, un număr destul de mare de pastile stupefiante (luminal) şi o oarecare cantitate de alcool denaturat cu piridină. Cu toate îngrijirile date, nenorocita a murit.

Iată acum cîteva cazuri observate la ospiciul Socola şi în care s-au notat de asemenea încercări de sinucidere, izbutite sau nu.

Cazul următor este foarte caracteristic.

L. R. de 30 de ani, internat la 15.III.1913.

Diagnostic: Melancolie anxioasă.

Antecedente şi istoricul bolii. Nu ştim nimic despre familia lui. Bolnavul a fost adus la ospiciu de unul din fraţii lui, care ne-a dat informaţiile următoare: de meserie era strungar în lemn; era harnic, dar nişte pagube materiale l-au făcut trist şi preocupat. Deoarece manifestase în mai multe rînduri intenţia de a se sinucide, era supravegheat de aproape de ai săi. Două sau trei zile înainte de a fi internat, bolnavul a plecat de acasă spunînd soţiei sale că vrea să se ducă în pivniţă, dar în loc de a executa acest proiect, s-a dus şi s-a aruncat într-o fîntînă, de unde a fost scos în grabă şi adus la spital. Această încercare de sinucidere determinase familia să-l interneze.

La azil. Pacientul este deprimat, răspunde anevoie la întrebările ce i se pun; este orientat în timp şi spaţiu. Ne roagă, în cazul cînd nu-l vom putea vindeca, să-i dăm un medicament care să-l facă să moară, sau mai bine să-i tăiem capul. Chiar la ospiciu a încercat de trei ori să se sinucidă.

Prima oară a vrut să-şi vîre o linguriţă în gît. A putut fi oprit la vreme. A doua oară, s-a aruncat sub picioarele cailor de la o căruţă, în curtea ospiciului. În sfîrşit, a treia oară, s-a aruncat în latrină, de unde a fost scos la timp.
Bolnavul insistă asupra „dreptului său la moarte". Îl supraveghem de aproape.

În cazul de mai sus, sinuciderea a putut fi înlăturată printr-o supraveghere permanentă.

Nu tot astfel a fost pentru bolnava *F.S.*

În vîrstă de 40 de ani şi suferind de melancolie anxioasă, ea fusese internată la ospiciu în 1910. La cererea familiei a fost eliberată atunci cînd starea ei se mai ameliorase puţin. Dar întoarsă acasă, începu o viaţă contemplativă, petrecîndu-şi timpul fără să facă nimic altceva decît să se vaite. Într-o zi a sfîrşit prin a se spînzura în podul casei.

În următoarele două cazuri, se găsesc tot fenomene de ordin melancolic, deşi aceste cazuri sînt mai complicate. Bolnavii de care vom vorbi au sfîrşit, se pare, tot prin a se sinucide.

I. G., de 32 de ani, internat la 17.VII.1912.
Diagnostic : Melancolie stuporoasă.
Antecedente şi istoricul bolii. Nu are alienaţi în familie. Bolnav de la 1.IV.1911, vorbea fără şir, şi hoinărea prin sat, pe cîmp, sau chiar prin comunele învecinate avînd aparenţa că nu-şi dădea seama de cele ce făcea. Jandarmii erau mereu nevoiţi să-l aducă acasă. *Tot în 1911 a încercat să se sinucidă*, dar s-a prins de veste la timp.
La azil. Pacientul este tăcut; nu refuză să mănînce, dar păstrează un mutism absolut şi priveşte cu teamă tot ceea ce îl înconjoară.
Această stare s-a menţinut necontenit de la 17.VII.1912 pînă la 20.II.1913, cînd a evadat, fugind gol din spital. Cu toate cercetările făcute nu a fost cu putinţă să i se dea de urmă.
La 12.III.1913, a fost găsit mort într-o groapă alături de o vie, la 3 km de ospiciu. Cadavrul gol, căzuse cu faţa la pămînt, nu prezenta nici o leziune sau vreo urmă de violenţă.

T. C., de 36 de ani, internat la 10.X.1909.
Diagnostic : Melancolie consecutivă debilităţii mintale.
Antecedentele şi istoricul bolii. Nu avem nici o informaţie despre antecedentele sale. Pacientul ne-a fost transmis de Spitalul „Sf. Spiridon", unde tulbura liniştea celorlalţi bolnavi prin plîngerile sale necontenite.
La azil. Este destul de liniştit; docil, mănîncă ce i se dă, dar uneori are vărsături. La cîteva zile după internarea lui, vărsăturile devin mai frecvente şi în acelaşi timp bolnavul se plînge de dureri de stomac, ceea ce ne face să-i prescriem un regim lactat.
Din punct de vedere psihic, bolnavul se prezintă ca un debil mintal, cu vorbirea gîngavă şi neputînd pronunţa unele cuvinte. De inteligenţă obtuză, nu poate efectua nici un calcul elementar. Geme neîncetat, se plînge de dureri de stomac şi cere să fie operat.
Starea somatică este rea; orice înghite îi provoacă vărsături. Examenul regiunii *epigastrice* ne permite să constatăm o mare dilatare a stomacului, cu dureri intense la nivelul curburii mari şi la pilor.
La 20. X a evadat în cămaşă şi cu capul gol, pe cînd se ducea la closet. A fost găsit mort la 21.X. tăiat în două de un tren.

Tot melancoliei trebuie să i se atribuie cel puţin o parte din cazurile de *sinucidere familială*. Uneori, sugestia şi obsesia sinuciderii intervin pentru a o provoca, dar sînt numeroase cazuri, unde nu poate fi vorba de aşa ceva.

Astfel, Esquirol (5) citează, după Kust, cazul a doi fraţi gemeni, trăind de altfel în localităţi diferite, care, cam pe la aceeaşi epocă a vieţii lor, au fost cuprinşi de melancolie şi au sfîrşit ambii prin a se sinucide. Două din surorile lor avuseseră şi ele gînduri de sinucidere şi mama lor era alienată. Gall (citat de Esquirol) a observat şapte fraţi

morți prin sinucidere, *toți în interval de 30—40 de ani.* Tot Gall a cunoscut o familie unde bunica, mama și fiica s-au sinucis. Sora acesteia din urmă a fost pe punctul să facă același lucru, iar fratele său s-a spînzurat.

Esquirol (5)[1]) raportează observația unui negustor bogat care a avut șase copii. Cel mai tînăr, în vîrstă de 25—27 de ani, a devenit melancolic și s-a aruncat de pe acoperișul casei. Unul din frații lui, care-l îngrijea, imputîndu-și moartea fratelui, a făcut mai multe încercări de a se sinucide, și a murit un an mai tîrziu în urma unei abstinențe alimentare îndelungate și repetate de mai multe ori. Anul următor, un alt frate a fost prada unui acces de manie de care s-a vindecat. Un al patrulea frate, medic, care cu doi ani înainte afirmase cu o deznădejde îngrozitoare că nu va scăpa soartei sale, s-a sinucis. După doi ani sau trei ani, o soră a devenit mai întîi maniacă, apoi a făcut nenumărate încercări de a se sinucide. Al șaselea frate este la direcția unei mari întreprinderi comerciale și ar fi isprăvit ca și frații săi dacă nu ar fi fost reținut în viață de copii cît și de soția lui, care are pentru el dragostea și grija unui adevărat părinte.

Rogues de Frusac și Vallest (6) au observat, în aceeași familie, patru sinucideri, o încercare de sinucidere, o obsesie a sinuciderii, o isterică, o melancolică, o morfinomană, un mare nervos, adică în total zece indivizi bolnavi din doisprezece copii, fără a mai pomeni de un dement precoce, un dezechilibrat, un diabetic nervos, și un vicios din generația precedentă.

Cazurile de acest gen arată foarte clar, că în multe din aceste sinucideri trebuie să se găsească o oarecare bază chiar în constituția individului. Ele stabilesc de asemenea legătura care există între sinucidere și alienația mintală și terenul nevropatic în general.

Vallon (7) și mulți alți observatori au avut ocazia să observe cazuri de sinucideri familiale. Devine (8) descrie cazul unei bolnave care avea nouă ani cînd o mătușă, vizitînd pe mama ei, le anunță că aceea era ultima ei vizită; în aceeași seară, mătușa s-a sinucis. Din clipa aceea, copilul a fost obsedat mereu de ideea sinuciderii și a făcut în această direcție mai multe încercări neizbutite. Propria ei mamă și-a tăiat gîtul la 40 de ani; fratele ei s-a spînzurat la puțin timp după aceasta. Bolnava, în vîrstă de 55 de ani, în momentul examinării se află încă sub influența aceleași obsesii și nu încetează de a încerca asupra sa diverse mutilări.

Obsesia sinuciderii, fără melancolie propriu-zisă, poate deci să ducă uneori la sinucidere. Maradon de Montyel (9) raportează trei observații de sinucidere și două simple încercări la obsedați.

Nu se va uita de altfel legătura strînsă care există între starea de obsesie și fobie, cu melancolia, cu toate că mecanismul sinuciderii este altul în primul caz (simplă impulsie) și altul în al doilea caz (deznădejde).

Nu putem să nu cităm aici cazurile de *heterosinucidere,* acest termen servind să exprime în realitate cazurile în care melancolicii nu se mulțumesc să-și pună capăt zilelor, dar suprimă în același timp și persoa-

---

[1]) p. 582.

nele care le sînt dragi pentru a le feri de nenorocirile care, după părerea lor, îi amenință. Iată după Esquirol (5)[1]) un exemplu tipic :

"Ziarele au relatat că o doamnă belgiană, în 1815, după ce a aruncat pe 4 dintre copiii ei într-o fîntînă, a făcut și ea același lucru. S-ar fi întîmplat la fel și cu al cincilea, dacă acesta nu i-ar fi scăpat. În sfîrșit, ea trimisese o prăjitură otrăvită celui de-al șaselea copil care era la un pensionat".

Tot Esquirol (5)[2]) citează și cazul unui bogătaș sărăcit, care a izbutit să-și convingă soția să se sinucidă o dată cu el, după ce vor fi ucis mai înainte pe unicul lor fiu. Ei au lăsat rîndurile următoare : „Credem că dumnezeu ne va ierta. Am părăsit viața pentru că eram nenorociți, fără resurse, și am făcut fiului nostru unic serviciul de a-l ucide, de teamă să nu devină tot atît de nenorocit ca și noi". De remarcat, adaugă Esquirol (5), că acești nebuni, care și-au ucis singurul fiu, au scris unui prieten pentru a-i da în grijă cîinele și pisica lor.

Totuși uneori, omuciderea se produce la sinucigași printr-un alt mecanism : ei ucid o persoană oarecare pentru a fi condamnați la moarte, pe care nu îndrăznesc să și-o dea ei înșiși sau pentru a avea timp să fie iertați de dumnezeu, sinuciderea directă fiind privită ca un păcat pe care acesta nu-l iartă. Așadar ne găsim în fața unei forme indirecte de sinucidere, căci, în realitate, acești bolnavi urmăresc propria lor moarte.

În alte psihoze, independente de melancolia propriu-zisă, se remarcă destul de des cazuri de sinucideri.

Trebuie să cităm mai întîi *pelagra*, care din nenorocire la noi face un mare număr de victime. Mecanismul sinuciderii este aici de același ordin ca și în melancolie, căci tulburările mintale pelagroase au, în majoritatea cazurilor, un colorit melancolic. Acești bolnavi nenorociți se sinucid de cele mai multe ori prin înecare, ceea ce s-ar atribui, după părerea lui Tanzi faptului că simt, între alte tulburări, o penibilă senzație de căldură. Dar cînd nu pot recurge la acest mijloc, ei nu șovăie să întrebuințeze altul. Cazul următor ne oferă un asemenea exemplu :

N. U., de 35 de ani, internată la 23.I.1913.
Diagnostic : Melancolie anxioasă pelagroasă.
Antecedente și istoricul bolii. Suferă de pelagră din 1911 și a fost îngrijită de această boală în diferite spitale. Cele dintîi tulburări mintale s-au manifestat în martie 1912. A avut mai întîi o perioadă de astenie, apoi o alta de excitare : bătea copiii, părăsea domiciliul pentru a umbla din mănăstire în mănăstire. *De două ori a încercat să se sinucidă prin spînzurare,* motiv pentru care a fost internată .
La azil. Pacienta este neliniștită și deprimată, se plînge de dureri în tot corpul, de înțepături în palme și în picioare. Are amețeli, îi vuiește capul, trebuie forțată ca să mănînce, și nu doarme noaptea. Pacienta se văita necontenit de starea ei, încearcă să evadeze și se ascunde sub paturile bolnavilor. Cu toate că era supravegheată de aproape, *a putut să se sustragă, în noaptea de 21 februarie, de sub paza gardienei și s-a spînzurat cu o curea, în subsolul ospiciului.*

De asemenea, în alte psihoze, ca alcoolismul, paralizia generală, se pot observa cazuri de sinucidere dar nu atît de frecvent.

Mecanismul este foarte variabil în aceste cazuri. Sînt unele care au forma melancolică, și atunci se observă repetarea a ceea ce se petrece în

[1]) p. 564.
[2]) p. 572.

melancolia propriu-zisă. Impulsia poate de asemenea să constituie un alt mecanism. Uneori, în unele cazuri de paralizie generală, bolnavii sînt la început conștienți de starea lor. Unul din noi a cunoscut un bolnav care, la începutul paraliziei generale, și-a sfărîmat capul cu un glonte de revolver de teamă să nu devină nebun. La fel și într-un caz citat de Vigouroux (10).

Tot astfel pare să fi fost cazul și în observația de mai jos.

J. A., de 35 de ani. Internat întîia oară de la 8.XII.1910 pînă la 25.II.1911 și, a doua oară, de la 29.III.1911 la 3.V.1911.

Diagnostic: Paralizie generală progresivă.

Antecedente și istoricul bolii. Antecedentele ereditare sînt fără importanță. Ca antecedente personale, notăm: La vîrsta de 20 de ani, a avut un șancru; a muncit mult și a ajuns la demnitatea de judecător de ședință; literat de valoare a scris mult și în mai multe rînduri s-a surmenat mult. În ce privește inegalitatea și dilatarea pupilelor, bolnavul ne declară: *„Am remarcat aceasta acum zece ani"*. Primele simptome de tulburări mintale s-au arătat în cursul lunii septembrie 1910, cînd în plină ședință de tribunal, și-a scos toga și s-a dus pe malul Dunării unde a luat o barcă să se plimbe. În zilele următoare, a intrat în ședință, purtîndu-se ca un om perfect sănătos, dar pe stradă aborda femeile din oraș și le făcea declarații de dragoste și diverse propuneri. Cheltuia fără rost, pe nimicuri sau bacșișuri.

Boala făcea progrese; a fost internat la București, apoi la ospiciul „Socola".

La azil. Este nu tip de paralizie generală progresivă, cu formă de excitare. Rîde mult și zgomotos, pentru orice motiv, cîntă în gura mare, îi place mult să pălăvrăgească și amestecă faptele reale pe care le povestește, cu fapte imaginare. Astfel ne spune că posedă două moșii de 1000 hectare fiecare, că este procuror, profesor universitar la Iași și București; în sfîrșit, este un om celebru și va rămîne ilustru. Uneori se înfurie lovește pe gardieni și refuză să asculte prescripțiile corpului medical strigînd: *„Sînt un om cum nu s-a mai pomenit, în vreme ce voi sînteți niște brute și nu aveți dreptul să mă rețineți aici"*.

În februarie 1911, boala s-a ameliorat și am putut să-l punem în libertate la 25 ale aceleiași luni.

Acasă, starea lui era cînd bună, cînd rea.

La 29. IV. 1911 a venit din proprie inițiativă la ospiciul „Socola", să se interneze. În serviciu vorbește mult, este exuberant, cere cu tot dinadinsul o masă abudentă, legume, conserve. În zilele următoare se arată îngrijorat de starea lui.

La 9.V. 1911, pe la ora 5 dimineața, în momentul cînd bolnavii se sculau, a profitat de o clipă, cînd gardianul nu-l supraveghea, pentru a se urca pe sobă, de unde s-a aruncat cu capul în jos, pe mozaicul pardoselii. La zgomotul căderii, personalul medical a venit în grabă și l-a găsit scăldat în sînge; prezenta o rană mare de 15 cm în direcția axei mediane a craniului și acuza dureri violente în ceafă, fără să poată face o singură mișcare cu capul. Cu toate îngrijirile date, moare subit la13.V .1911, în urma unei fracturi a unei vertebre cervicale, din care un fragment intrase adînc în măduva spinării.

În observația ce urmează, se remarcă încercări de sinucidere într-un alt caz de paralizie generală; mecanismul lor psihologic nu este tocmai clar.

I. T., de 34 de ani, internat la 14.IX.1913.

Diagnostic: paralizie generală progresivă.

Antecedente și istoricul bolii. Pacientul este de meserie mecanic; era vicios și violent cu cei din jurul lui. Boala a început la 3.IX.1913. Se credea bogat și manifesta intenția să cumpere un automobil, avea frecvente accese de furie, și își bătea soția. *Era pradă ideilor de sinucidere, și a încercat să se otrăvească, apoi să-și zboare creierii.*

La azil. Foarte violent, a stricat ușa și soba; este agresiv. Prezintă toate caracteristicile unei paralizii generale, clasice.

În martie 1914, a izbutit să evadeze și s-a dus să-și pună capul pe șinele căii ferate. A fost salvat la timp.

În aprilie, s-a observat o fază de remisiune și l-am pus în libertate ameliorat, la 20.V.1914.

Sînt în sfîrșit paralitici generali complet demenți care mor în urma unui gest imprudent sau neîndemînatec purtînd pecetea demenței. Astfel,

un bolnav al lui Vallon s-a asfixiat, voind să înghită o cataplasmă de făină de in. Un altul al lui Delmas (11) și-a introdus o batistă în faringe în așa chip, încît a murit. Cum, în asemenea cazuri, bolnavii nu au avut intenția să atenteze la viața lor, se cuvine să vorbim, așa cum face Delmas, mai de grabă de o pseudosinucidere decît de o sinucidere.

Este locul să reamintim sinuciderea la sifilitici. Fournier (12), care a observat 18 cazuri, găsește că bolnavii se sinucid uneori în urma unei tulburări mintale consecutive sifilisului. Alteori, sinuciderea este provocată de accidente grave ale bolii sau avînd reputația de a fi grave, care se produc uneori. În sfîrșit, sinuciderea se săvîrșește după diagnosticarea bolii și din cauza situației sociale în care sifilisul pune pe individ în raport cu căsătoria.

S-ar zice, într-adevăr, că în majoritatea cazurilor de sinucidere la sifilitici deznădejdea pricinuită de boală este resortul principal al mecanismului care împinge pe bolnav să-și pună capăt zilelor. Acest mecanism este deci foarte asemănător cu acel pe care îl observăm în melancolie.

În delirul persecuției, sinuciderea nu este frecventă ; totuși în prima perioadă a bolii este mai puțin rară decît se admite de obicei. Cel puțin aceasta este părerea lui Borgain (13). Acești bolnavi ucid pe persecutorii lor sau se sinucid numai pentru a crea neplăceri dușmanilor lor. Alteori ucid, ca și melancolicii, într-un acces de deznădejde sau sub impresia unei halucinații.

Halucinația este, în adevăr, unul din mecanismele care explică sinuciderea în unele cazuri de alienație mintală. Esquirol (5)[1]), între alții, citează un exemplu de acest gen : „omoară-te ! omoară-te ! și bolnavul se omoară pentru a se supune unei forțe superioare, de sub ordinul căruia nu se poate sustrage. Un om dement, din cauza misticității lui, se crede în comunicație cu dumnezeu. El aude un glas ceresc care îi spune : „Fiule vino să șezi lîngă mine !" Omul se aruncă pe fereastră și își rupe un picior. În timp ce este ridicat, el exprimă o mare uimire de căderea lui și mai cu seamă de faptul că este rănit.

Totuși, în acest ultim caz, intenția bolnavului de a se sinucide nu se vede limpede. Bolnavul s-a aruncat pe fereastră, dar nu-și amintește ce a făcut și se miră că este rănit.

Iată ce ne face să spunem cîteva cuvinte despre cazurile în care unii bolnavi se ucid fără voința lor și fără să aibă cea mai mică cunoștință. Aceștia sînt alienații, în stare de confuzie mintală. Ei nu-și dau seama de acțiunea pe care o săvîrșesc, de locul unde se află, iau fereastra drept ușă etc. Un asemenea bolnav, cade de pildă de la o fereastră a etajului al treilea crezînd că iese pe ușă, și-și poate sfărîma craniul de pavaj deși nu a avut nici cea mai mică intenție să facă așa ceva. Și aici, este vorba de asemenea de o pseudosinucidere și nu de o sinucidere propriu-zisă. Tot astfel se ucid și unii epileptici în cursul unui acces.

În continuare, dăm observația unui bolnav suferind de idei de persecuție, care a încercat de două ori să se sinucidă.

---

[1]) p. 542.

C. T., de 27 de ani. internat la 2.VI.1913.
Diagnostic : demență paranoidă.
Antecedente și istoricul bolii. Tatăl bolnavului a murit, mama este în viață. Unii membrii din familie se remarcă prin impulsiile lor ciudate.
Din fragedă copilărie, avea un caracter morocănos. Foarte sîrguitor, și-a luat licența în drept în țară, apoi s-a dus în străinătate ca să obțină doctoratul. Nu a urmat cursurile decît vreo 2—3 luni, după care a început să călătorească prin diferite țări din Europa. A fost operat de apendicită. În ultimii trei ani se fixase la Roma unde, în loc să se ocupe de studiile sale, își petrecea zilele în bucătăria gazdei sub cuvînt că trebuie numai decît să învețe să-și pregătească singur de mîncare. De la o vreme, a început să trăiască foarte retras, își gătea singur și era foarte murdar.
Într-o zi *a încercat să se sinucidă trăgîndu-și un glonte de revolver dar nu s-a nimerit.* A fost internat în diferite aziluri, căci începuse să devină violent.
Internat *la azilul „Socola"*, a dovedit aceasta : este agresiv, nu suportă nici o contrazicere, se murdărește cu mîncarea ce i se aduce sau o aruncă pe podea de unde apoi o mănîncă. Conversația lui cu toate că este incoherentă, permite totuși să se urmărească ideile de persecuție. În dimineața zilei de 27.III.1914, în timp ce se afla în pat cu pătura pe cap, și-a scos cămașa și a încercat să se stranguleze cu mînecile, strîngînd puternic nodul pe care îl făcuse din ele. Din fericire, gardianul a prins de veste ce punea el la cale, și a putut interveni la timp. Această intervenție l-a înfuriat cumplit pe bolnav ; el s-a aruncat asupra gardianului pe care l-a lovit pînă la sînge. Au sărit în ajutor ceilalți gardieni care au izbutit să-l liniștească.

În acest caz, este greu de precizat mecanismul psihologic al acestor încercări.

Era oare vorba de halucinații? De impulsii subite fără motive efective, valabile, de accese de deznădejde? Nu am putea răspunde.

Dar vom observa că bolnavii atinși de demență precoce, se sinucid destul de des și se pare că bolnavul de care ne-am ocupat mai sus aparține acestui cadru psihopatologic.

S-a pretins că bolnavii suferind de coreea lui Huntington (formă de coree specială caracterizată mai cu seamă prin mișcări involuntare, neregulate, însoțită de tulburări mintale), se sinucid foarte adesea. Dar Ladame (14) nu confirmă această frecvență.

Nu putem trece cu vederea sinuciderea la isterici. Conform părerii lui Fornaca (15), din 255 de indivizi care au încercat să se sinucidă, 62 au prezentat simptome de isterie.

Uneori sinuciderea este consecința unui acces de adevărată deznădejde, dar adesea ea este de asemenea manifestarea nevoii de a se da în spectacol, care se întîlnește atît de frecvent în isterie. Se întîmplă adesea ca încercările de sinucidere să nu izbutească la acești bolnavi. Dar nu se poate susține că este o regulă. Unul din noi a cunoscut patru isterici care au atentat la propria lor viață. În două din aceste cazuri, încercările au reușit deplin.

Să mai spunem cîteva cuvinte despre etiologia sinuciderii în general, și la alienați în special.

Se înțelege de la sine că motivele care produc alienația mintală sînt și motive, dar mai depărtate, care provoacă sinuciderea la alienați. Totuși, mai sînt și alți factori care predispun la sinucidere. Așa de pildă sexul masculin dă o proporție de sinucidere mai mare decît sexul feminin. După Esquirol, proporția ar fi de 3 la 1. Între 20 și 40 de ani se observă cel mai mare număr de sinucideri, poate pentru că lupta pentru viață este mai grea în această perioadă. În ce privește anotimpul, vara se produce cel mai mare număr de cazuri, fenomen observat și în

alienația mintală de altfel. La femeie, tulburările menstruației au o mare importanță din punct de vedere al etiologiei sinuciderii. Deja H i p o c r a t e, părintele medicinei, observase că fetele fără menstruație și femeile tinere care au tulburări menstruale cad în lîncezeală și se sinucid, E s q u i r o l (5)[1]. Un caz relatat de E s q u i r o l (5)[2] este foarte interesant din acest punct de vedere : „O doamnă, în urma unor supărări, are o oprire a menstruației, simte dureri de cap, și dorește să termine cu viața. După patru luni, ea pleacă de acasă lăsînd pe biroul ei o scrisoare prin care își anunță soțul că, *sătulă de durerile vieții*, se duce să se înece. În acest sens ea se îndreaptă spre Cloud ca să-și execute hotărîrea. Pe drum, îi vine menstruația, și femeia se simte imediat foarte bine, și se înapoiază acasă. P i l c z a insistat la rîndul său, asupra raportului ce există între sinucidere și menstruație. La fel se cunosc cu tot atîta precizie raporturile dintre melancolie și tulburările menstruației. În ce mod se pot explica aceste legături atît de ciudate în aparență ?

Menstruația determină o adevărată purificare a sîngelui ; pe de altă parte, absența ei presupune lipsa secrețiunilor ovarelor cu acțiune calmantă asupra sistemului nervos și înlesnește predominarea secrețiilor altor glande, mai cu seamă a tiroidei care exercită o acțiune excitantă asupra sistemului nervos. În acest mod se creează constituția emotivă pe care încolțește melancolia, și aceasta la rîndul ei, conduce la sinucidere. Unul din noi a arătat de altfel (16) că greutatea glandei tiroide este mai mare la bolnavii cu tulburări afective — printre care și melancolicii — decît la alți alienați. Pe de altă parte, vom aminti că s-au găsit leziuni în tiroida sinucigașilor.

Aceste considerații ne demonstrează în trăsături generale că unele modificări în funcțiile organice, modifică starea fizico-chimică a sîngelui mai întîi, a sistemului nervos apoi, și influențează astfel echilibrul psihic putînd duce la sinucidere.



Ar mai trebui să adăugăm cîteva cuvinte despre profilaxia sinuciderii. Aici, vom spune mai întîi că trebuie supravegheați de aproape bolnavii cu tendință spre sinucidere. Să se interneze la nevoie în ospicii unde supravegherea este, în orice caz, mai bună decît în oricare alt mediu. Dar chiar în ospicii, sînt încă multe lacune de împlinit din punct de vedere al personalului însărcinat să îngrijească bolnavii. Cît despre profilaxia sinuciderii, considerată dintr-un punct de vedere mai larg și mai depărtat, ea se confundă cu aceea a alienației mintale în general, precum și cu chestiunea bunei stări sociale.

Aceste probleme sînt încă prea vaste, prea complicate și prea importante pentru a putea fi tratate în cîteva cuvinte în cursul lucrării de față.

Printre autorii care s-au ocupat de sinucidere la alienați mai cităm pe doctorul S o u t z o - K u r é (din Tokio) precum și pe H a u v i l l e r (17) și L. R i n c k e n b a c h (18) care și-au închinat tezele inaugurale aceleiași probleme.

---

[1]) p. 585.
[2]) p. 557.

О САМОУБИЙСТВЕ УМАЛИШЕННЫХ

(КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ)

Автор уточняет рассматриваемую проблему, описывая также семь собственных наблюдений.

Самоубийцы вообще редко оказываются психически нормальными. Кончают самоубийством главным образом умалишенные с аффективными расстройствами депрессивного порядка.

Самоубийство наблюдается чаще всего у меланхоликов, страдающих ангедонией (отсутствием способности ощущать удовольствие) и одновременно бредом обнищания, греховности и т. п. Приводятся три случая из собственных наблюдений автора: один случай тревожной меланхолии, один случай ступорозной меланхолии и один случай меланхолии, явившейся следствием психической дебильности.

Нередко наблюдаются случаи самоубийства, носящие семейный характер.

Иногда меланхолик убивает с целью быть приговоренным к смерти (косвенное самоубийство) или же убивает любимых им людей, чтобы уберечь их от воображаемых несчастий (гетеросамоубийство). Описывается механизм самоубийства при других психических болезнях: меланхолических расстройствах у пеллагрозных больных, навязчивых состояниях у психастеников, галлюцинациях у больных, страдающих галлюцинаторным бредом. Наконец, при спутанности сознания и при слабоумии наблюдается ложное самоубийство: больной утрачивает способность правильно разбираться в окружающей обстановке, что может привести к несчастным случаям со смертельным исходом. Приводятся 4 случая из собственных наблюдений автора: 2 случая общего прогрессивного паралича, один случай параноидного слабоумия и один случай пеллагрозной меланхолии.

В связи с этиологией отмечается тот факт, что кончают самоубийством чаще всего мужчины, главным образом взрослые, в возрасте 30—40 лет.

Менструальные расстройства играют известную роль в самоубийстве женщин, так же, как и нарушения функции щитовидной железы, которая оказывается измененной при аффективных психозах.

Профилактика самоубийства умалишенных осуществляется путем надзора за ними. В социальном плане следует проводить профилактику психозов, улучшать материальное состояние больных и т. п.

SUR LE SUICIDE DES ALIÉNÉS

(RÉSUMÉ)

L'auteur fait une mise au point du problème et cite sept observations personnelles.

Le suicidé est rarement normal au point de vue psychique. Ce sont surtout les aliénés. accusant des troubles dépressifs de l'affectivité qui se suicident.

Le plus souvent c'est le lot des mélancoliques avec anhédonie (absence de la capacité de ressentir le plaisir) qui ont en sus un délire de ruine, de culpabilité, etc. L'auteur présente trois observations personnelles : une mélancolie anxieuse, une mélancolie avec stupeur, une mélancolie consécutive à la débilité mentale.

Les cas de suicide familial sont fréquents.

Le mélancolique tue parfois pour être condamné à mort—suicide indirect — ou tue les personnes qu'il aime pour les préserver de malheurs imaginaires — hétérosuicide. On démontre ensuite le mécanisme du suicide dans d'autres affections psychiques, troubles mélancoliques de la pellagre, obsession de la psychasthénie, hallucinations dans les délires hallucinatoires, etc. Enfin, dans la confusion mentale et la démence, il y a de faux suicides de fait que le malade perd son discernement, ce qui peut conduire à des accidents mortels. L'auteur relate quatre observations personnelles : deux paralysies générales, une démence paranoïde et une mélancolie pellagreuse.

En ce qui concerne l'étiologie, on remarque le fait que le suicide le plus fréquent est celui des hommes et, notamment, des adultes entre 30 et 40 ans.

Les troubles menstruels jouent certain rôle dans le suicide des femmes, ainsi que la glande thyroïde, qui est modifiée dans les psychoses affectives. La prophylaxie du suicide des aliénés est réalisée par la surveillance et, sur le plan social, par la prophylaxie des psychoses, l'amélioration des conditions matérielles, etc.

BIBLIOGRAFIE

1. P. Garnier et Cololian, *Séméiologie et traitement des idées de suicide,* Gazette des hôpitaux, 16 oct. 1900, nr. 118, ref. în Rev. neurol., 1902, p. 107.
2. Korochko, *Le suicide chez les enfants,* ref. în Rev. neurol., 1909, p. 134.
3. Ostrowsky, *Contribution à la connaissance de la psychologie comparée des suicides chez les adultes et chez les enfants,* Soc. des aliénistes de St. Petersburg, Séance du 21 mai 1911, ref. în Rev. neurol., 1912, vol. I, p. 571.
4. Barbaux, *Etudes médico-psychologiques sur le suicide chez les enfants,* teză, Paris, 1909, ref. în Rev. neurol., p. 830, 1910, vol. II.
5. Esquirol, *Maladies mentales,* vol. I, 1885.

6. Rogues de Frusac et Vallest, Rev. neurol., 1910, t. I, p. 193.
7. Vallon, Rev. neurol., 1910, t. I, p. 195.
8. Devine, Arch. of. Neurol. a. Psychiatrie, 1909 vol. IV: ref. în Rev. neurol., 1910, p. 517.
9. Maradon de Montyel, Gazette des hôpitaux, ref. în Rev. neurol., 1909, p. 750.
10. Vigoureux, Bull. Soc. clinique de méd. ment., 21 apr. 1911 ref. în Rev. neurol. 1911, vol. II, p. 569.
11. Delmas, Rev. de psychiatrie, ref. în Rev. neurol., 1906,
12. Fournier, Presse médicale, 20 mai 1902, ref. în Rev. neurol., 1903, p. 982.
13. Borgain, *Contribution à l'étude du suicide chez les persecutées*, teză, Paris, iul. 1905, ref. în Rev. neurol., 1906.
14. Ladame, L'Encéphale, lo nov. 1911, ref. în Rev. neurol., 1912.
15. Fornaca, Riv. di freniatria, 15 iun. 1910, ref. în Rev. neurologique, 1911, p. 99.
16. Parhon, XXI Congrès des aliénistes et neurologistes, Tunis, 1—7 avril 1912.
17. Hauviller, *Du suicide*, teză, Paris, 1899.
18. L. Rinckenbach, *Contribution à l'étude du suicide chez les aliénés pendant leur internement*, teză, Paris, din 16 iul. 1902.

CERCETĂRI ASUPRA PSIHOFIZIOLOGIEI AFECTIVITĂȚII

CONSIDERAȚII ASUPRA PSIHOFIZIOLOGIEI AFECTIVITĂȚII*

Funcțiunile afective joacă un rol fundamental în psihologia individuală și în cea socială, în stare normală și patologică.

Se înțelege deci că studiul lor a preocupat și preocupă atît pe psihologi cît și pe psihiatri.

Trebuie însă să constatăm, de la început, că acest studiu întîmpină dificultăți considerabile.

Două teorii își dispută mecanismul afectelor. După prima, ele sînt traducerea în conștiința noastră a modificărilor periferice ce au loc în diferite organe și țesuturi în anumite împrejurări.

Teoria aceasta este împărtășită de autori de valoare ca: Lange, James, Ribot.

După alți autori, afectele recunosc un mecanism central.

Aceasta este și opinia la care s-a raliat P. Tomescu într-un articol apărut în „Revista științelor medicale"[1]). El este în plus de părere că cele două explicații fiind antagoniste, sînt inconciliabile.

În sprijinul teoriei centrale, autorul citează unele fapte din literatură și altele din propria sa experiență.

Printre primele menționez persistența mișcărilor de expresie mimică la cîinii cu secțiunea transversală a măduvei spinării dedesubtul nervilor frenici, chiar și atunci cînd se secționează în același timp, pneumogastricii (Sheington).

În aceeași ordine de idei, Somer și Heymans au constatat că și animalele decapitate și ținute în viață prin circulație artificială deși „nu mai primeau nici o impresie periferică, totuși manifestau stări emotive foarte adecvate împrejurărilor în care au fost puse în mod experimental".

Tomescu crede că experiențele acestea „duc în mod logic la concluzii", deși „partizanii ireductibili ai teoriei fiziologice nu se lasă convinși".

---

* Publicată în „Revista științelor medicale", 1930, nr. 10.

[1]) 1930, nr. 4.

Autorul citează de asemenea observațiile lui L h e r m i t t e referitoare la rîsul involuntar necorespunzător unei stări psihice adecvate, ce se observă la unii bătrîni[1]), fapt pe care autorul l-a putut verifica și care „demonstrează, în mod evident după d-sa, că o stare emotivă veselă sau tristă nu este consecința fenomenelor organice prin care în mod obișnuit se manifestă emoțiile".

Un al 2-lea argument clinic pe care T o m e s c u îl aduce după L h e r m i t t e este de ordin opus celui precedent și anume prezența unei vieți afective intacte sau aproape intacte, la bolnavi cu parkinsonism encefalitic, deși ei prezintă o rigiditate însemnată a figurii.

În asemenea cazuri, deosebirea între mimica bolnavilor nu este prea mare chiar atunci cînd se găsesc în stări afective opuse ca veselia și tristețea spre exemplu.

Reiese, spune autorul, că în parkinsonismul encefalitic, nu este un paralelism riguros între starea sufletească interioară și expresiile mimicii exterioare.

Și conchide că : „manifestările de ordin fizic și fiziologic ale stărilor emotive vesele sau triste sînt o consecință a unei incitații centrale. În orice caz nu se mai poate susține că fenomenele organice prin care se manifestă emoțiile ar fi primitive și că starea sufletească ar fi o consecință a lor, un fenomen secundar, datorit perceperii de către conștiință a modificărilor fizice și fiziologice" .

În manie găsim, după T o m e s c u, o excitație psihică și organică generală.

Aparatul circulator, respirator, glandele endocrine în totalitatea lor sînt într-o stare de excitație funcțională[2]).

Dar nu există nici aici un paralelism, și oricine constată că simptomele de excitație psihică ocupă primul plan, iar cele organice de o intensitate foarte slabă, în comparație cu celelalte, nu pot fi decît secundare excitației cerebrale.

În sfîrșit un argument și mai hotărîtor, în sprijinul tezei ce o susține, îl găsește în euforia paraliticilor generali, care contrastează cu prezența de aortite, leziuni hepatice, nefrite la acești bolnavi.

Autorul crede deci, că stările emotive, atît în cursul bolilor mintale și nervoase cît și în viața normală, au un punct de plecare cerebral — psihologic. Fenomenele fizice prin care se manifestă stările emotive sînt o consecință a incitațiilor pornite de la sistemul nervos central de-a lungul marelui simpatic. Chiar dacă, dintr-un motiv sau altul, expresia mimică a emoției nu se produce, emoția psihică își păstrează toată intensitatea.

„Credem, încheie autorul, că faptele discutate în acest articol lămuresc o dată mai mult problema psihologică a stărilor emotive".



---

[1]) Este vorba desigur de fenomenul de mult cunoscut al rîsului și plînsului spasmodic și care face parte din sindromul pseudobulbar.

[2]) Această afirmație este desigur precipitată și unele fapte o infirmă.

Ne-am ocupat noi înşine într-o serie de lucrări cu problema expresiei mimice, cu aceea a psihozelor afective şi a mecanismului afectelor[1]).

De aceea ni se va permite să arătăm aici punctul nostru de vedere referitor la aceste probleme. Lucrarea de faţă nu are intenţii de polemică. Articolul lui T o m e s c u ne va servi numai ca punct de plecare.

Z i e h e n a afirmat cu drept cuvînt că totul este senzitiv în sufletul nostru şi desigur nu emoţiile sau sentimentele fac excepţie de la acest punct de vedere.

Pe de altă parte, se poate considera ca un fapt de fiziologie generală că toate *senzaţiile şi percepţiile au un punct de plecare periferic* (sub acest nume înţelegînd şi interiorul organismului), de unde se propagă prin intermediul terminaţiilor senzitive sau senzoriale şi a fibrelor nervilor periferici, la centrii intermediari, iar de la aceştia la zona respectivă din scoarţa cerebrală unde excitaţia devine conştientă.

Apriori aceste stări senzitive de un gen special pe care le numim emoţii, sentimente, afecte, nu pot face excepţie de la ceea ce credem că *este o lege generală în fiziologia sensibilităţii.*

Impresiile afective trebuie să aibă un punct de plecare periferic, să fie conduse prin fibrele nervoase spre centrii intermediari şi în cele din urmă spre scoarţa cerebrală unde să se producă fenomenul afectului simţit : plăcere, neplăcere, durere, frică, mînie etc.

Pe de altă parte în psihologie, se atribuie senzaţiilor pe lîngă caracterul specificităţii şi al intensităţii şi acela al tonalităţii afective.

Dacă însă aceasta este unul din caracterele senzaţiei, originea ei periferică devine neîndoielnică.

Asupra ultimului punct sînt rezerve de făcut.

Coeficientul afectiv poate să fie acelaşi sau foarte apropiat pentru senzaţii diferite. Se vorbeşte de o muzică senină, de seninătate sufletească, pentru motivul că starea afectivă este asemănătoare cu aceea determinată de vederea cerului albastru.

Senzaţii sau percepţii de natură diferită pot fi *echivalente din punct de vedere afectiv.*

Acest fapt ne face să considerăm ca foarte probabil că *tonalitatea afectivă ce însoţeşte senzaţiile este ceva supraadăugat şi independent.*

Este o senzaţie aparte şi în plus. Şi aceasta ne conduce la mecanismul intim al producerii afectelor.

Excitaţia ce determină o senzaţie tactilă, luminoasă, sonoră, în drumul ei spre creier, excită pe *calea colateralelor reflexe* centrii diferitelor aparate şi sisteme, circulator, respirator, digestiv etc.

Această excitaţie determină modificări în funcţiunile acestor organe, în ritmul şi amplitudinea bătăilor cordului, respiraţiei etc.

[1]) C. I. P a r h o n şi M. G o l d ş t e i n, *Contribuţiuni la studiul paraliziei pseudobulbare.* Spitalul, oct. 1900.

C. I. P a r h o n, *Paralizie pseudobulbară. Plîns spasmodic, leziune dublă în nucleul lenticular.* Soc. Anatomie, Bucureşti, 18 ianuarie 1903.

C. I. P a r h o n şi G r. N ă d e j d e, *Dublă oftalmoplegie prin hemoragie nucleară. Conservarea mişcărilor de lateralitate. Plîns spasmodic.* Romînia Med., 1905.

C. I. P a r h o n et T o m a V a s i l e s c u, *Sur un cas de paralysie pseudobulbaire postexanthématique.* Soc. Médico-chir. du front russo-roumain, 1917.

Aceste din urmă modificări impresionează la rîndul lor terminațiile senzitive viscerale prin intermediul cărora pornește un nou curent centripet care ajungînd la scoarța cerebrală dă naștere la senzații interne. Acestea din urmă sau o parte din ele constituie pentru noi afectul în sensul strict al cuvîntului.

Sîntem înclinați să atribuim un rol de prim ordin senzațiilor aparatului respirator. Însemnătatea acestora în ceea ce francezii numesc *angoisse* cît și în stările anxioase, abia mai trebuie notată.

Este de asemenea interesant să notăm că în limbajul obișnuit ne servim de aceleași expresii pentru a exprima unele stări afective în raport cu diferite evenimente plăcute sau neplăcute și pentru a indica buna funcționare sau suferința aparatului respirator sau cardiovascular.

Ultimul influențează însă în mod însemnat pe cel dintîi. Anemia este o asfixie, după Richet.

Acest mecanism pe care l-am expus într-o lucrare făcută împreună cu Goldstein[1]) în 1902 și asupra căruia am revenit ne face să înțelegem, ni se pare mai ușor, mecanismul coloritului afectiv al unor vise. Am relatat altă dată cu același colaborator visele terifiante ale unui bolnav atins de scleroză laterală amiotrofică cu fenomene bulbare[2]).Visa între altele că este strîns de gît. Este ușor de observat că asfixia printr-un proces patologic, sau printr-o strangulare criminală, determină un coeficient afectiv echivalent.

De asemenea am relatat observația unui intelectual la care senzația de frig în timpul nopții a determinat în repetate rînduri vise al căror fond afectiv era frica și al căror conținut ideativ era corelativ cu această stare afectivă[3]).

Punctul de plecare periferic al fricii în cazul acesta era evident, și spaima se producea cu atît mai ușor cu cît lipsea (din cauza somnului) controlul percepțiilor, ce are loc în starea de veghe.

În acest caz, frica era desigur în raport cu vasoconstricția determinată de frig și cu senzațiile specifice consecutive acestei vasoconstricții.

Se pune aici problema conductorilor senzațiilor afective.

Cred că se poate afirma că aceștia sînt *conductorii senzitivi ai organelor vieții vegetative.*

Nu voi discuta aici dacă simpaticul are sau nu fibre senzitive proprii pentru că în definitiv este indiferent dacă conductorii de care vorbesc aparțin sistemului cerebrospinal, simpatic, sau parasimpatic.

Pneumogastricul mi se pare a fi în tot cazul unul din principalii, *cel mai principal probabil, din conductorii senzațiilor afective* și într-o lucrare[4]) am explicat prin reflexe acustico-pneumogastrice influența muzicii asupra vieții afective.

---

[1]) C. I. Parhon et M. Goldstein, *Contributions à l'étude du rôle du cerveau dans l'inervation des organes de la vie végétative.* Rev. neurol. 30 oct. 1902.

[2]) C. I. Parhon și M. Goldstein, *Două cazuri de scleroză laterală amiotrofică cu fenomene bulbare,* Romînia medicală, 1899, nr. 14.

[3]) C. I. Parhon, *Sur les rapports entre la peur et la perception de froid, Congrès de Lugoș,* Bull. Soc. neurol., psychiatr., psychol. et endocrinol.. 1927.

[4]) C. I. Parhon, *Par quel mécanisme la musique agit-elle sur notre affectivité,* Bull. de la Soc. roum. de neurol., psychiatrie, psychologie et endocr. nr. 3, 1927.

După cele relatate se înțelege ușor că discordanța dintre expresia mimicii și starea afectivă reală nu poate spune mare lucru în contra teoriei periferice a emoțiilor.

S-a spus că nu rîdem fiindcă sîntem veseli sau nu plîngem pentru că sîntem triști, ci sîntem veseli sau triști, pentru că rîdem sau pentru că plîngem.

Dar evident aceste expresii sînt exagerări voite pentru a face mai bine să reiasă o idee.

De fapt, contracția unui mușchi al feței nu ar putea avea un alt coeficient afectiv, decît aceea a bicepsului brahial sau a cvadricepsului crural.

Dar modificările somatice ale emoțiilor nu se reduc desigur numai la contracțiile mușchilor mimicii.

Este un mecanism mult mai complex în care modificările cardio-vasculare și respiratorii au un rol esențial. Printre modificările respiratorii trebuie să ținem seama nu numai de frecvența ritmului și amplitudinea mișcărilor respiratorii, dar credem și de acelea ale aparatului vasomotor pulmonar.

De asemenea, va trebui să se țină seama de modificările aparatului endocrin. Acestea intervin în mod activ în mecanismul emoțiilor.

Glanda tiroidă a fost numită de Leopold Levi glanda emoției. Experiențele lui Cannon au pus în evidență un exces de secreție de adrenalină la pisicile puse în societatea, puțin amuzantă pentru ele, a cîinilor. Acest exces de secreție de adrenalină determinînd o excitație a simpaticului, explică unele fenomene ale spaimei, ca dilatația pupilară, paliditatea pielii, senzația de frig și tremurătura consecutivă, zbîrlirea părului etc. Pe de altă parte Marañon a arătat că injecțiile de adrenalină sensibilizează pentru anumite afecte.

Autorii care ar dori să infirme deci mecanismul periferic al emoțiilor vor trebui să demonstreze că ele sînt posibile *în aceeași măsură* cu sau fără modificări cardiace, vasomotoare, respiratorii, endocriniene etc. și vor trebui să studieze aceste fenomene la *oameni deprinși cu analiza introspectivă a stărilor psihice.*

În plus nu vor trebui să uite că există o memorie afectivă asupra căreia Ribot a insistat cu drept cuvînt.

Existența unor centri în raport cu viața afectivă în scoarța cerebrală sau a unor centri intermediari care trebuie să fie localizați în regiunea ganglionilor bazilari poate explica apariția unor psihoze afective prin leziuni cerebrale directe.

Cu toate acestea nu este nici o probabilitate că psihozele afective în general (mania și melancolia) sînt datorite de regulă unor alterații cerebrale primitive.

Din contră precum am arătat-o încă de mult (1906) și după cum au admis-o ulterior și alți autori (Stranski, Arndt etc.) recunosc în majoritatea cazurilor o patogenie endocriniană (tiroidiană, ovariană sau tiroovariană).

Tipul cel mai net de simptomatologie afectivă prin iritație cerebrală directă îl reprezintă *aurele afective* ale unor epileptici.

Astfel pare a fi cazul cînd accesul debută printr-un sentiment brusc şi nemotivat de frică. În cazul celebru al lui Dostoievski, accesul începea printr-un sentiment de infinită fericire despre care autorul romanului *Idiotul* spunea că „acest moment valora el singur cît o viaţă întreagă".

În ce priveşte modificările afective din cursul paraliziei generale, ele pot recunoaşte o origine cerebrală primitivă deşi lucrul este încă discutabil şi ar merita să facă obiectul unor cercetări mai amănunţite.

Dar pentru toate motivele invocate mai sus aceasta nu infirmă întru nimic existenţa unui mecanism periferic al vieţii afective.

Cele ce am spus arată de asemenea că este exagerat să se afirme că mecanismul central şi cel periferic sînt inconciliabile. Din contră, toate senzaţiile recunosc un mecanism al cărui aparat începe la periferie şi se termină în scoarţa creierului.

Problema mecanismului afectelor cere desigur cercetări noi. Aceasta ar putea avea loc asupra bolnavilor maniaci, melancolici, anxioşi etc., sau asupra unor indivizi normali, inteligenţi şi sensibili în acelaşi timp. Ar fi vorba de cercetări de laborator foarte delicate şi amănunţite. Ar trebui să se studieze corelaţiile dintr-o anumită stare afectivă — cunoaştem infinitele nuanţe ale acestora — şi modificările inervaţiei diferitelor viscere, ale pielii etc. De asemenea modificările fizico-chimice ale sîngelui.

Se înţelege fără să insistăm că aceste cercetări ar cere o instalaţie şi o pregătire tehnică deosebită, de asemenea o cheltuială însemnată de timp.

Dar numai astfel studiul problemei de care ne-am ocupat ar mai putea face progrese reale.

К ВОПРОСУ О ПСИХОФИЗИОЛОГИИ АФФЕКТИВНОСТИ

(КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ)

Автор считает, что механизм аффективности можно понимать следующим образом.

Любое ощущеиие включает определеный аффективный коэффициент, который, однако, не принадлежит собственно данному ощущению, а вызывается рефлекторным путем и представляет собой сознание определенного (рефлекторного) изменения кровообращения, дыхания и т. п., обусловленного первичным раздражением.

Аффективность (переживания, чувства и др.) располагает собственными проводящими путями, а именно центростремительными волокнами, идущими от внутренних органов, главным образом чувствительными волокнами блуждающего нерва.

С другой стороны, неоспоримым является существование промежуточных «станций» между нервными центрами и определенной областью коры головного мозга, как это наблюдается вообще при всех восприятиях. Существует также аффективная память.

Таким образом, аффективность не является чем-то таинственным, а включается в общую норму деятельности нервных центров.

CONSIDÉRATIONS SUR LA PSYCHOPHYSIOLOGIE DE L'AFFECTIVITÉ

(RÉSUMÉ)

L'auteur considère que le mécanisme de l'affectivité peut être ainsi conçu :

Chaque sensation a un coefficient affectif, mais ce coefficient ne lui appartient pas en propre, car il est déterminé par voie réflexe et présente la conscience d'une modification (réflexe) circulatoire, respiratoire, etc., déterminée par l'excitation primitive.

L'affectivité (émotions, sentiments, etc.) a des conducteurs propres, représentés par les fibres centripètes des viscères et, surtout, par les fibres sensitives du vague.

D'autre part, il est évident qu'entre les centres nerveux et une région corticale il y a des stations intercalaires, comme pour toutes les perceptions. Il y a aussi une mémoire affective.

L'affectivité ne peut donc être conçue comme quelque chose de mystérieux, car elle rentre dans les normes générales de fonctionnement des centres nerveux.

ASUPRA LEGĂTURILOR EXISTENTE ÎNTRE FRICĂ ȘI PERCEPȚIA FRIGULUI*

Un medic de 53 de ani care de multă vreme se interesează de psihologie mi-a destăinuit autoobservația care urmează și care mi s-a părut destul de interesantă pentru a fi relatată și discutată :

„Am avut uneori visuri înspăimîntătoare, însă am constatat că aceste visuri surveneau în condiții speciale. Or, spre exemplu, era frig în cameră, ori învelitoarea prea subțire, or mă găseam dezvelit. Pe scurt îmi fusese frig.

Frigul fusese deci punctul de plecare al coșmarului.

Această constatare nu era de natură să nu prezinte interes.

Ea a fost întărită și printr-o altă constatare de același fel. Mi se întîmpla uneori, avînd o stare febrilă sau subfebrilă — abces dentar, gripă etc. — să intru seara într-o cameră cu lumina stinsă. Simțeam din nou același sentiment de frică, de data aceasta însă mai puțin puternic.

Mă aflam de fapt sub acțiunea febrei și senzația de frig era pe cale să mă copleșească.

Frigul era deci factorul comun în cele două cazuri.

Coșmarurile aveau un conținut variabil; de exemplu am visat că niște bandiți vroiau să intre cu forța în camera mea în timpul nopții și eu făceam toate sforțările ca să-i împiedic, sau că unul sau mai mulți dulăi voiau să mă muște.

Aceste vise sînt poate în legătură cu faptul că în timpul copilăriei mele, am fost în două rînduri mușcat de cîini și că de asemenea, o dată mai tîrziu, abia am putut scăpa de un astfel de accident.

Primul vis este probabil în legătură cu citirea jurnalelor. Senzația de efort, care în primele vise însoțește sentimentul de teamă, probabil este în legătură cu o dificultate în respirație pe care o am din copilărie, la rîndul ei în legătură cu o bronhopneumonie pe care am avut-o în primii

---

* Publicată în „Bulletins et mémoires de la Société roumaine de neurologie, psychiatrie et endocrinologie", 1927, nr. 3.

ani ai vieții, mai adaug că totdeauna am fost puțin anxios, și că fiind copil, seara îmi era frică să ies pe stradă cînd era întuneric, să dorm singur în cameră etc.

Intoxicația alcoolică trebuie exclusă deoarece sînt mai degrabă abstinent. Am o veche leziune aortică, în legătură cu una din infecțiile de care am suferit (paludism, scarlatină, rujeolă). N-am nici o infecție specifică. Wassermann negativ".

Observația pe care v-am adus-o la cunoștință mi-a atras atenția asupra legăturilor dintre frig și sentimentul fricii.

În puținele cercetări bibliografice pe care le-am putut face pînă în prezent, n-am putut găsi un studiu asupra acestui subiect.

Dar acest fapt nu mi se pare să nu fi influențat spiritul uman. În limba noastră cuvintele care exprimă aceste două noțiuni sînt foarte apropiate (frig, frică) și același lucru este și în limba franceză (*froid*, *éffroi*).

Ce există deci comun între senzația de frig și sentimentul fricii?

Frigul determină o contracție a vaselor cutanate, pielea de găină, prin contractarea mușchilor netezi cutanați, frisonul și tremurul fiind într-un raport cert cu înseși aceste fenomene.

Aceste manifestări, ca și altele dintre fenomenele somatice ale fricii, ca dilatația pupilară etc. trădează excitația simpaticului.

Așadar, excitația simpaticului este ceea ce este comun în frig și frică, și prin intermediul său se produce transformarea senzației de frig în frică și în coșmarurile din observația mea.

Aceste fapte sprijină ipoteza rolului modificărilor periferice în fenomenele afective și, în ceea ce privește frica, arată rolul important al excitației simpaticului. În alte emoții, modificările funcției parasimpaticului, după cum se pare, intervin de asemenea.

Rolul simpaticului în frică reiese de asemenea și din cercetările experimentale ale lui C a n n o n, care arată exagerarea secreției de adrenalină la pisicile speriate de prezența cîinilor.

Nu știu dacă faptul pe care vi l-am adus la cunoștință a mai fost observat și de către alți autori, și dacă se întîlnește destul de des.

Fenomenul mi se pare interesant a fi studiat. Este probabil necesar să existe o oarecare predispoziție ca el să se producă.

El arată în orice caz rolul important pe care îl pot avea anumite impresii periferice în orientarea viselor, fapt asupra căruia mai mulți autori au insistat și mai înainte.

Eu însumi, împreună cu G o l d s t e i n, am publicat observația unui bolnav atins de scleroză laterală amiotrofică cu fenomene bulbare. Acest bolnav, concomitent cu senzația de asfixie și parestezii, avea și vise urîte. Visa că este strangulat, că este mîncat de cîini, că i se smulg mușchii brațelor etc. Este adevărat că în antecedentele acestui bolnav se găsește și alcoolismul. Dar în acest caz nu poate fi contestată orientarea pe care boala a imprimat-o centrilor nervoși. De altfel, însuși alcoolismul pare să producă vise urîte prin numeroasele tulburări vegetative și senzitive pe care le determină. Dar, după cum arată și R e g i s, visele de acest fel nu sînt nicidecum apanajul alcoolismului.

О СВЯЗИ МЕЖДУ СТРАХОМ И ВОСПРИЯТИЕМ ХОЛОДА

(КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ)

В одном случае наблюдалось наличие весьма тесной связи между полусознательным или подсознательным ощущением холода во время сна и возникновением страшных сновидений. У того же субъекта неизбежность лихорадочного озноба также вызывала появление чувства страха.

Подчеркивается тот факт, что хотя взаимоотхошения между ощущением холода и страхом и не были углубленно изучены психологами, все же они не ускользнули от народной наблюдательности, что получило свое отражение в подобии терминов, выражающих эти восприятия и переживания (frig, frică, froid, effroi).

Автор высказывает предположение о том, что раздражение симпатической системы вследствие вызываемых им явлений выступает как общий фактор ощущения холода и чувства страха.

SUR LES CONNEXITÉS ENTRE LA PEUR ET LA PERCEPTION DU FROID

(RÉSUMÉ)

Dans cette observation, on remarque une étroite connexité entre une impression à demi consciente ou subconsciente de froid, ressentie pendant la sommeil, et l'apparition des rêves à caractère terrifiant. Dans le même cas, l'imminence d'un frisson fébrile produisait également l'apparition du sentiment de peur.

On attire l'attention sur le fait que le rapport entre la peur et le froid, qui n'a pas été étudié à fond par les psychologues, n'a pas échappé à l'attention populaire. Cela est consacré par les mots très semblables qui expriment ces états perceptifs et affectifs (froid, effroi ; en roumain frig, frică).

L'excitation du sympathique, par les phénomènes qu'elle détermine paraît être, de l'avis de l'auteur, le facteur commun de la perception du froid et de la peur.

CERCETĂRI HEMATOLOGICE ŞI UMORALE ÎN DIFERITE PSIHOZE

NOTĂ ASUPRA FORMULEI LEUCOCITARE ÎN MANIE ŞI MELANCOLIE *

Într-o lucrare anterioară, în colaborare cu Marbé, unul din noi a studiat problema tulburărilor mintale în sindromul lui Basedow. Ca şi alţi autori, a fost impresionat de numărul mare al cazurilor de manie şi melancolie coexistînd cu acest sindrom, şi a emis ipoteza că mania şi melancolia puteau să fie, în unele cazuri cel puţin — în raport patogenetic cu o tulburare a funcţiei tiroidiene (hiperfuncţie sau perversiune funcţională).

Această ipoteză mai era sprijinită şi pe alte fapte ca : frecvenţa mai mare a cazurilor de melancolie la sexul feminin şi apariţia frecventă a aceluiaşi sindrom la epoca menopauzei, cînd tiroida funcţionează adesea în mod excesiv, datorită antagonismului tiroovarian.

Unul din noi a avut prilejul să observe un caz de melancolie de involuţie apărut la epoca menopauzei şi coexistînd cu hipertrofia tiroidiană. Acest caz i-a îngăduit să reconsidere şi să susţină din nou ipoteza mai sus menţionată.

Cercetările recente ale lui Caro, Mihailov, Gordon şi Jagin, Roth, Marinescu au arătat că formula leucocitară în sindromul lui Basedow este caracterizată printr-o mononucleoză, fapt ce l-am putut confirma la bolnavul de care ne ocupăm în prima observaţie a acestei comunicări.

Caro a observat acelaşi fenomen în urma tratamentului tiroidian.

Dacă ipoteza menţionată conţine o parte de adevăr, ne-am gîndit că este posibil să întîlnim acelaşi fenomen în unele cazuri de manie şi de melancolie sau de psihoză maniaco-depresivă.

Acesta a fost punctul de plecare al cercetărilor noastre. Am studiat formula leucocitară într-un caz de sindrom al lui Basedow cu tulburări mintale, precum şi în cazuri de psihoze maniace sau melancolice.

* În colaborare cu C. Urechia. Comunicare prezentată la Al XX-lea congres al medicilor alienişti şi neurologişti din Franţa etc.,Bruxelles-Liège, 1—8 aug. 1910.

Vom expune mai întîi rezumatul observaţiilor noastre şi vom discuta în urmă rezultatele cercetărilor ce am întreprins.

Observaţia I. *V.P.*, de 54 de ani. Este vorba de o femeie suferind de sindromul lui Basedow cu psihoză periodică. A fost internată de mai multe ori în ospiciu, începînd din 1888, apoi în 1892, 1895, 1898 (de două ori), 1910. Nu şi-a cunoscut tatăl; mama era nervoasă, prezenta tremurături. A murit la 60 de ani, de pneumonie. Un frate al bolnavei a murit de tuberculoză. Una din cele două surori ale ei a fost alienată la 21 de ani. Prezenta o psihoză periodică cu agitaţie maniacă, idei de persecuţie şi halucinaţii mai ales auditive, alternînd cu perioade de mutism complet (psihoză maniaco-depresivă). A doua soră, de 27 de ani, este nervoasă, iritabilă, se ceartă cu toată lumea. Şi-a părăsit copiii.

Soţul femeiei *V.P.*, ne relatează că la început soţia lui i s-a părut o fire închisă şi sălbatecă, dar curînd a observat că este o femeie rea şi care caută totdeuna ceartă. Era totdeauna foarte geloasă şi o dată i s-a întîmplat să arunce cu un cuţit în soţul ei.

Prima naştere a fost urmată de un acces de eclampsie şi curînd după aceasta de tulburări mintale. Femeiei îi plăcea alcoolul.

În foaia de observaţie, prea scurtă, din 1888, se găseşte că bolnava prezenta un amestec de idei hipocondriace, de persecuţie, de mărire, cu transformarea personalităţii, halucinaţii îngrozitoare vizuale şi auditive. Toate aceste tulburări erau trecătoare, nestatornice. Bolnava a stat patru luni la ospiciu. A ieşit cu o stare mult ameliorată. Nu mai prezenta decît cîteva idei hipocondriace.

În 1892, bolnava a prezentat din nou tulburări nervoase în urma facerii despre care am vorbit.

Se credea persecutată, bănuia pe moaşă că ar avea legături cu soţul ei. Apoi a învinuit pe cumnată sa de acelaşi lucru. Această cumnată ar fi fost în acelaşi timp şi vrăjitoare. Ea îi punea în mîncare fire de aţă, oase, coarne etc. făcîndu-i farmece.

A observat că obiectele devin negre, şi că apar şi pe pereţi pete negre. Soţul ei a luat înfăţişarea unei evreice care urmărea s-o paralizeze. A susţinut acelaşi lucru despre sora ei, pînă ce a înnebunit.

Bolnava, convinsă, că i s-au făcut farmece, a început să ia toate medicamentele cărora li se făcea reclamă în ziarele pe care le citea. A adresat prefectului de poliţie o cerere să-i fie păzită casa, deoarece cineva are de gînd să i-o dărîme. În sfîrşit, într-o seară frumoasă de mai, a văzut casa ei înconjurată de cîini care urlau, pete negre îi acopereau zidurile, şi toate mobilele trosneau îngrozitor.

Înspăimîntată, bolnava a fugit la vecini. Cînd soţul, care era absent, a venit să vadă de ea, ea l-a găsit urît, negru, cu unghii mari: tot el ar fi făcut şi nişte strîmbături monstruoase. Cîteva zile mai tîrziu, bolnava se pretindea Sfînta Fecioară şi apoi Minerva, iar soţul ei era Alexandru cel Mare. Apoi a pretins că a găsit în grădină minerale din care va face aur. În sfîrşit se crede foarte bogată, nu vorbeşte decît de milioane şi face proiecte grozave în vederea întrebuinţării banilor. Vorbeşte de autonomia pe care o va da Transilvaniei etc. A părăsit ospiciul în luna mai 1894.

În 1895, bolnava a fost din nou adusă, la 21.XI. Soţul ei declară că femeiei îi plăcea aşa de mult alcoolul încît ajunsese să-şi vîndă lucrurile din casă ca să-şi procure de băut.

De data aceasta în foaia de observaţie a bolnavei se găseşte notat că starea ei este variabilă. De multe ori este găsită singură, cu capul plecat şi foarte tristă. Dar dacă i se vorbea, se agita, ţipa, gesticula, acuza personalul de complicitate cu soţul ei etc. Arăta multă dragoste pentru copiii ei. Nu s-au observat halucinaţii.

Este din nou adusă la ospiciu în 1898. Bolnava prezintă un amestec de idei de persecuţie, idei de mărire, şi idei hipocondriace. Se crede infectată de microbi; pentru ca să se vindece, ea cere să i se dea rom de băut, căci acest lichid omoară microbii; spune că acasă bea pînă la opt pahare de rom pe zi. Arată încă multă dragoste faţă de copiii ei. Este curată. Doarme bine, dar numai sub acţiunea morfinei, pe care s-a deprins s-o ia de cîtva timp.

În sfîrşit, bolnava revine la ospiciu în decembrie 1909.

Mai are, încă unele idei de persecuţie. Soţul ei o înşală cu alte femei şi nu are grijă de ea. Una din fetele ei a insistat şi ea mult ca mama să fie adusă la ospiciu. Însă ea iubeşte mult pe cealaltă fată care este bună şi are milă de ea.

Se pare că bolnava a avut acasă unele halucinaţii auditive. Vorbeşte mult, cu volubilitate, se înfurie cu uşurinţă, dar în schimb se arată şi mulţumită cînd i se promite că va fi pusă în libertate. Prezintă o guşă evidentă, dar nu prea pronunţată, privire ciudată, palpi-

tații. tahicardie (120—140 pulsații pe minut), tremurături, cu alte cuvinte, sindromul lui Basedow aproape complet.

Se pare că fenomenele basedowiene datează de mult, căci bolnava își amintește că ar fi avut palpitații cu zece ani în urmă, iar în foaia de observație din 1895 este notat că bătăile inimii sînt accelerate.

Examenul sîngelui arată formula leucocitară următoare : polinucleare, 44 %; limfocite, 28 %; mononucleare mari, 8 %; mononucleare mijlocii, 16 %; eozinofile, 1 %; forme de tranziție, 2 %; *Mastzellen*, 1 %.

Observația a II-a. *C.D.* de 28 de ani. Primele tulburări mi tale s-au manifestat în 1902, în urma unui avort. S-a vindecat după o lună. În decembrie 1906, în urma unei supărări, a prezentat din nou tulburări mintale; cînta, vorbea fără șir, spunea glume. Uneori devenea furioasă. S-a vindecat în trei săptămîni.

Cînd a fost primită în serviciu, la 25.III.1907, prezenta tulburări mintale pentru a treia oară. S-a notat atunci că bolnava era orientată în timp și spațiu, că memoria era bună, ca și calculul mintal. Confunda uneori persoanele. Se mai notează că bolnava avea fața congestionată, privirea aspră; alteori, dimpotrivă era veselă, mulțumită. Îi plăcea să vorbească mult, sărind de la un subiect la altul.

Spune că a venit la ospiciu ca să vindece bolnavii. Zice că este regină și poate face din oricine un rege. Apoi spune că a vorbit în glumă și că nu este adevărat.

În continuă agitație, nu vrea să stea în cameră, iese în curtea ospiciului, vrea să se urce în copaci etc. Doarme prost. Pofta de mîncare este bună.

Bolnava a avut la ospiciu mai multe perioade alternative, de liniște și de agitație.

La 16.V.1910, se constată că bolnava este din nou agitată; pretinde că este stăpîna pămîntului și spune că puterea cerească nu este în dumnezeu ci în ea; doi soți fac un dumnezeu, dar mai sînt și diavolii; soarele a fost primul zeu; sînt și ape în ceruri etc.

Știe unde se află și spune că a fost adusă la ospiciu pentru că era furioasă. Zice că se află la ospiciu de vreo cinci ani. Știe în ce lună sîntem, dar cînd este întrebată în ce an, răspunde în anul două mii și ceva. Pretinde că în ospiciu sînt morți care au înviat și, printre ei, este și tatăl ei. Susține că copiii ei au murit, dar se pot reconstitui cel puțin așa îi vin ideile. Menopauză de doi ani. Pulsul: 90 bătăi pe minut. Nu are hipertrofie tiroidiană.

Examenul sîngelui arată formula leucocitară următoare : polinucleare, 57 %; limfocite, 18 %; mononucleare mari, 8 %; mononucleare mijlocii 12 %; forme de tranziție, 4 %; eozinofile, 1 %.

Observația a III-a. *L.D.* de 44 de ani primele tulburări mintale s-au arătat la vîrsta de 30 de ani, cînd bolnava a prezentat o mare agitație care a impus internarea ei; dar a fost pusă curînd în libertate. Cîțiva ani mai tîrziu a prezentat o nouă perioadă de excitație mai puțin violentă, așa că nu a fost nevoie să fie iar internată. În urmă cu doi ani, bolnava a început din nou să fie iritabilă: se înfuria ușor, se certa cu vecinele, spărgea geamurile, amenința oamenii, țipa, gesticula, se dezbrăca, suferea de insomnii etc. Această stare a impus o nouă internare.

În ospiciu, a prezentat faze de excitare (cu logoree, idei fără șir, furii nemotivate, gesticulații, obscenități, impulsivitate, insomnie, accelerarea pulsului, salivație abundentă), alternînd cu faze de depresiune, în cursul cărora devine tăcută; îi plăcea singurătatea, părea obosită. Atenția se susținea anevoie. Se considera foarte bolnavă.

Formula sa leucocitară în cursul perioadei de agitație arăta cifrele următoare : polinucleare, 46 %; limfocite, 32 %; mononucleare mari, 5 %; mononucleare mijlocii, 12 %; eozinofile, 3 %; forme de tranziție, 1 %; *Mastzellen*, 1 %.

Observația a IV-a. Bolnava *C.P.* de 25 de ani, pare mai în vîrstă decît este în realitate. Bea alcool. Tulburările mintale au apărut la vîrstă de 21 de ani în timpul verii, apoi au dispărut, revenind în cursul verilor următoare. Cînd a fost internată în ospiciu, se pare că prezenta tulburări mintale pentru a patra oară. Bolnava este curată și îngrijită. Fața ei exprimă euforie. Este foarte comunicativă; îi place să vorbească cu toată lumea dar nu poate să-și fixeze atenția asupra unei chestiuni, și cînd vorbește face numeroase digresiuni care o depărtează tot mai mult de punctul de plecare. În timpul unei convorbiri, păstrează o înfățișare degajată și de bună dispoziție. Memoria nu pare să fie alterată. Calculul mintal este adesea greșit, dar bolnava se corectează ea însăși. Cere insistent libertatea și manifestă dragoste pentru copii. Se preocupă și de sănătatea ei. Își amintește unele fapte care au hotărît inter-

narea ei, dar caută să le dea o justificare logică. Cînd era acasă a manifestat halucinaţii zoopsice îngrozitoare; vedea urşi şi cîini plimbîndu-se prin casă.

Pe scurt, este vorba de o bolnavă care suferea de o stare maniacală periodică în geneza căreia alcoolismul trebuie să ocupe un loc însemnat.

Iată formula leucocitară luată în cursul unei perioade de acalmie: polinucleare, 54 %; limfocite, 10 %; mononucleare mari, 12 %; mononucleare mijlocii, 14 %; eozinofile, 7 %; forme de tranziţie, 2 %; *Mastzellen*, 1 %.

Observaţia a V-a. *R.M.*, de 57 de ani. Antecedente ereditare şi personale necunoscute. Bolnavul neagă că ar fi alcoolic. Este vesel, privirea vioaie, mişcările repezi. Răspunde bine la întrebările ce i se pun, dar cînd începe să vorbească, o ideie îi trezeşte o alta şi bolnavul continuă astfel să vorbească fără a-şi putea concentra atenţia asupra unei chestiuni bine hotărîte. Cînd îşi aminteşte întîmplări triste din viaţa lui, începe să plîngă, dar îşi recapătă repede starea de euforie. Se laudă de îndemînarea cu care fura grîul proprietarilor (bolnavul nostru este un ţăran), fără să fie prins. Memoria lui este bună pentru trecut, cît şi pentru faptele recente. Calculul mintal slab, iar bolnavul este analfabet.

Nu arată nici o dragoste pentru cei din familie şi, dacă i e vorbeşte de ei, îi insultă. Se poartă însă respectuos cu personalul ospiciului. A păstrat simţămîntul pudoarei, chiar exagerat. Bolanvul este curat şi munceşte mult.

Bolnavul prezintă o uşoară tremurătură a limbii şi a degetelor, are o cataractă la ochiul stîng, dar nu găsim alte tulburări simptomatice importante. Urina nu conţine albumină

În scurt, este un bolnav cu un sindrom hipomaniacal.

Formula leucocitară în cursul stării sale de excitaţie este reprezentată prin cifrele următoare: polinucleare, 55 %; limfocite, 21 %; mononucleare mari, 10 %; mononucleare mijlocii, 10 %; eozinofile, 1 %; forme de tranziţie, 2 %; *Mastzellen*, 1 %.

Observaţia a VI-a. *M.A.*, de 47 de ani. Bolnava prezintă tipul melancoliei de involuţie, cu idei de autoînvinuire. Mai prezintă şi o hipertrofie a corpului tiroid care era încă mai pronunţată în urmă cu patru ani. Observaţia ei a făcut obiectul unei lucrări publicată de unul din noi în „Revue néurologique"[1]).

După 4 ani starea ei este aproape aceeaşi.

Iată formula leucocitară a acestei bolnave: polinucleare, 61 %; limfocite, 16 %; mononucleare mari, 6 %; mononucleare mijlocii, 12 %; eozinofile, 4 %; forme de tranziţie, 1 %.

Observaţia a VII-a. *R.G.* de 49 de ani. Tulburările mintale datează din 1905. La intrarea în ospiciu (1906), bolnava este dezorientată în timp şi spaţiu. Calculul mintal este destul de bun, pentru cultura ei (două clase primare). Ceea ce atrăgea mai cu seamă atenţia era conţinutul melancolic al ideilor ei. Vorbeşte de iad, de foc, de diavol , de nenorociţi etc. Ea nu-şi prea aminteşte de cînd este în serviciu — nu ştie în ce an sîntem. Ne spune că creierul ei nu mai lucrează. Ştie că se găseşte într-un ospiciu de alienaţi şi plînge cînd i se vorbeşte de aceasta: Judecata ei este destul de bună.

Suferinţa morală se observă mai cu seamă din cele ce scrie. Am rugat-o să ne scrie ceva despre boala ei. A început prin a-şi aminti de copilăria şi de mama ei. A povestit ce simţea cînd mama vorbea cu o prietenă despre suferinţele ei la prima naştere: „Atenţia mea era atrasă puternic de cuvintele pe care le spunea unei doamne din înalta societate şi îmi întipăream aceste cuvinte în bietul meu cap: la fiecare vorbă simţeam o durere îngrozitoare; de ce n-am murit atunci aş fi fost de o mie de ori mai fericită; nu aş fi fost lovită de soarta crudă care mă apasă acum atît de dureros; fiecare cuvînt mă răneşte de moarte şi sufăr în tăcere nesfîrşita mea durere etc."

Bolnava are ceva talent pentru desen. Uneori, cu prilejul vreunei certe în salonul bolnavelor, se tulbură rău, loveşte aruncă obiectele pe jos etc. pînă acolo încît este nevoie să fie izolată.

Uneori este mai bine dispusă, pieptănată cu îngrijire, chiar gătită.

Aşadar, pe un fond melancolic se găsesc uneori accese de agitaţie cu unele tendinţe mai optimiste.

Prezintă unele fenomene somatice ca: palpitaţii, o uşoară tahicardie (100 bătăi pe minut), valuri de căldură, menstruaţie neregulată. Cîţiva peri în regiunea bărbiei. Dacă la aceste fenomene se mai adaugă insomnia, găsim un cortegiu simptomatic care se poate pune, după părerea

---

[1]) 1906, nr. 14.

noastră, pe seama unui grad de insuficienţă ovariană. Bolnava are viermi intestinali (*Taenia solium*).

Iată formula leucocitară: polinucleare, 64 %; limfocite, 13 %; mononucleare mari, 9 %; mononucleare mijlocii, 10 %; eozinofile, 2 %; forme de tranziţie, 1 %; *Mastzellen*, 1 %.

Observaţia a VIII-a. *C.S.* de 20 de ani. Tată alcoolic. O verişoară a bolnavei a murit alienată. Bolnava însăşi a fost îngrijită de leziuni sifilitice anul trecut.

Se pare că tulburările mintale au început în urmă cu cîteva luni. Bolnava prezintă o stare hipomaniacală. Este destul de comunicativă şi caută să fie în tovărăşia celorlalte bolnave. Memoria este satisfăcătoare. Orientată în timp şi spaţiu. Cînd stăm de vorbă cu bolnava, observăm o oarecare logoree. Trece cu uşurinţă de la o chestiune la alta şi cu toate că răspunde cum se cuvine la întrebările ce i se pun, nu poate duce o convorbire cu şir. Bolnava este curată. A păstrat simţămîntul pudoarei. Prezintă totuşi un oarecare grad de erotism. Bolnava este bine dispusă, chiar euforică. Rîde cu uşurinţă şi cîntă mult. Doarme puţin. Refuză cu energie, dacă se încearcă să i se înţepe limba.

Formula leucocitară a acestei bolnave este următoarea :polinucleare, 61 %; limfocite, 5 %; mononucleare mari, 10 %; mononucleare mijlocii, 19 %; eozinofile, 2 %; forme de tranziţie, 2 %; *Mastzellen*, 1 %.

Obsevaţia a IX-a. *M. P.*, de 27 de ani. Bolnava prezintă perioade de calm în cursul cărora starea ei psihică pare normală, sau aproape normală. Este relativ bine orientată. Calculul mintal pentru operaţiile simple este destul de bun în raport cu cultura ei. Cînd bolnava este agitată, ceea ce i se întîmplă la interval de cîteva săptămîni, ea este logoreică, trece de la un subiect la altul, ţipă, gesticulează, vorbeşte obscenităţi. Accelerarea bătăilor inimii (96 pe minut).

Iată formula leucocitară: polinucleare, 62 %; limfocite, 28 %; mononucleare mari, 2 %; mononuclare mijlocii, 6 %; eozinofile, 1 %; *Mastzellen*, 1 %.

Observaţia a X-a. *C. T.*, de 54 de ani. Primele tulburări mintale au început în 1884. Bolnavul a prezentat o stare de agitaţie care a durat cîteva luni. Doi ani mai tîrziu a prezentat din nou tulburări mintale. Acum prezintă perioade de linişte şi de agitaţie. Acestea din urmă ţin cîteva zile sau cîteva săptămîni. În cursul acestor perioade, bolnavul vorbeşte mereu, se irită uşor, loveşte, scuipă, prezintă o insomnie rebelă. Agitaţia începe brusc şi adesea în cursul nopţii. În timpul perioadelor de calm îşi aminteşte ce făcea cînd era agitat.

Iată formula leucocitară a acestui bolnav: polinucleare, 56 %; limfocite, 13 %; mononucleare mari, 8 %; mononucleare mijlocii, 18 %; forme de tranziţie, 3 %; eozinofile, 2 %

Redăm alăturat sub formă de tablou constatările noastre (în %):

Bolnav	Diagnostic	Polinucleare	Limfocite	Mononucl. mari	Mononucl. mijl.	Forme de tranziţie	Eozinofile	*Mastzellen*
V.P.	Sindrom Basedow Alcoolism Psihoză periodică	44	28	8	16	2	1	1
C.D.	Psihoză periodică	57	18	8	12	4	1	—
L.D.	Psihoză periodică	46	32	5	12	1	3	1
C.P.	Psihoză periodică	54	10	12	14	2	7	1
R.M.	Hipomanie	55	21	10	10	2	1	1
M.A.	Melancolie de involuţie	61	15	6	12	1	4	1
R.G.	Melancolie (Psihoză maniaco-depresivă ?)	64	13	9	10	1	2	1
C.S.	Hipomanie (Psihoză periodică ?)	61	5	10	19	2	2	1
M.P.	Psihoză periodică	62	28	2	6	—	1	1
C. T.	Psihoză periodică	56	13	8	18	3	2	—

Rezultă, din acest tablou, că în psihozele periodice sigure, se găseşte frecvent (5 din 6 cazuri) o scădere numerică a polinuclearelor cu o sporire

a mononuclearelor, ceea ce este conform cu prevederile noastre, şi ar aduce, se pare, un oarecare sprijin ipotezei unei tulburări tiroidiene în aceste psihoze (cel puţin în unele cazuri).

Bineînţeles nu voim să afirmăm prin aceasta că mononucleoza din cazurile studiate nu ar putea avea şi alte cauze.

Din două cazuri de hipomanie, unde ne-am putea gîndi şi la o psihoză periodică, se găseşte o dată o scădere a polinuclearelor.

În ambele cazuri de melancolie, nu găsim mononucleoză.

Reamintim aici că Bruce şi Peebles (citaţi de Dide), nu au găsit nici ei modificări, în numărul relativ de polinucleare (60—70) în cazurile de melancolie sau în fazele depresive ale psihozei maniace al căror procent era în jurul cifrei 50. În mania intermitentă, aceşti autori au găsit polinucleoză. Dide ajunge la acelaşi rezultat într-un caz de manie intermitentă.

ЗАМЕЧАНИЯ ПО ПОВОДУ ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЫ ПРИ МАНИИ И МЕЛАНХОЛИИ

(КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ)

Изучая связь между базедовым синдромом и аффективными психозами, автор отметил ряд изменений, общих для этих болезней. Хорошо известен мононуклеоз при базедовой болезни.

Исследуя гематологическую картину у нескольких больных, страдавших периодическим психозом, автор констатировал снижение количества многоядерных и увеличение количества одноядерных лейкоцитов (в пяти из шести случаев).

В одном из двух случаев гипомании отмечен мононуклеоз. В обоих исследованных случаях меланхолии не было отмечено подобного изменения.

Вышеизложенные данные являются доводом в пользу тиреоидного происхождения некоторых случаев маникально-депрессивного психоза (Пархон и Марбе).

NOTES SUR LA FORMULE LEUCOCYTAIRE DANS LA MANIE ET LA MÉLANCOLIE

(RÉSUMÉ)

En étudiant les connexités entre le syndrome de Basedow et les psychoses affectives, l'auteur a constaté une série de modifications communes à ces affections. La mononucléose de la maladie de Basedow est connue.

Etudiant, au point de vue hématologique, quelques cas de psychose périodique, l'auteur trouve une diminution des polynucléaires avec augmentation des mononucléaires (cinq cas sur six).

Sur deux cas de hypomanie, un seul présentait une mononucléose. Dans deux cas de mélancolie, on n'observe pas cette modification.

Les faits cités apportent un argument en faveur de l'origine thyroïdienne de certains cas de psychose maniaco-dépressive (Parhon et Marbé).

ASUPRA CALCEMIEI ȘI CALCIUMRAHIEI LA EPILEPTICI ȘI ÎN UNELE PSIHOZE *

Raporturile excitabilității centrilor nervoși cu variațiile de metabolism ale calciului ne sînt cunoscute dela lucrările lui Jacques Loeb și Sabatani. Roncoroni, Regolli au aplicat aceste noțiuni în tratamentul epilepsiei. Unul dintre noi împreună cu Urechia n-a obținut rezultate cu această medicație în terapeutica epilepsiei. Donath de asemenea a avut insuccese.

Pe de altă parte se cunosc legăturile care există între hipocalcemie și tetanie și de multe ori au fost observate asocieri ale tetaniei cu epilepsia.

Și astfel ne găsim în situația de a pune problema posibilității unei relații între tulburările de metabolism ale calciului în epilepsie și legăturile patogenice între aceasta din urmă și insuficiența paratiroidiană, cu atît mai mult cu cît Nisipescu a remarcat o mărire în eliminarea calciului prin urină și materii fecale la epileptici. Lundborg, A. Marie, Bisfaard și Noewig au emis ipoteza că paratiroidele joacă un rol în patogenia anumitor cazuri de epilepsie.

Maria Parhon a găsit hipocalcemie în 7 cazuri de epilepsie. Bogwood a incriminat un dezechilibru acidobazic cu alcaloză și carență de ioni de calciu în patogenia epilepsiei.

Herzfeld și Hélène Zubowsky au remarcat hipocalcemia într-un caz de epilepsie.

Această problemă ni s-a părut că merită noi cercetări. Astfel am studiat calcemia în 35 de cazuri de epilepsie (16 femei și 19 bărbați). Vîrsta bolnavilor noștri varia între 18 și 44 de ani.

În 17 cazuri (din 35) a fost remarcat semnul lui Chvostek, de cele mai multe ori puțin accentuat.

---

* În colaborare cu I. Ornstein. Publicat în „Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris", 1930 , nr. 15.

Admițînd ca cifre normale 10 pînă la 12 mg%, am găsit la 4 din 19 bărbați o diminuare a serocalcemiei (0,072 pînă la 0,095 g‰), și la alți 4 s-a găsit la limita inferioară (0,100 ;0,101 ; 0,103 g ‰). La unul singur, calciul din ser a ajuns pînă la 0,132 g‰. Era vorba de un caz asociat cu paralizie generală, semnul lui Chvostek fiind pozitiv.

Din cele 16 femei, la 4 serocalcemia a fost sub 0,100 g‰ (0,074 ; 0,080 ; 0,085 ; 0,097) și la 3, la limita inferioară (0,100 ; 0,101 ; 0,101 g‰). Într-un singur caz a fost găsită la limita superioară (0,120 g‰).

La două epileptice cu ovarele extirpate a fost de 0,107 și 0,105 g‰ (femei respectiv de 35 și 44 de ani).

Se poate ajunge la concluzia că la epileptici serocalcemia este adesea sub normal (8 din 35 de cazuri) sau la limita inferioară (7 din 35 de cazuri) și că dimpotrivă cifrele ridicate nu se întîlnesc decît rareori.

De asemenea, am dozat calciul din lichidul cefalo-rahidian la 26 epileptici în perioada dintre accese, la 12 în timpul accesului, și la 8 la 15 pînă la 30 minute după acces.

Specificăm că, după B a r r i o, cantitatea de calciu din lichidul cefalo-rahidian variază între 0,046 și 0,057 g‰.

Însă, la 11 din cele 26 cazuri examinate în perioada dintre accese, s-au găsit cifre sub 0,046 g‰ și la 3 din aceste cazuri, sub 0,040 g‰. Într-un singur caz cantitatea de calciu a depășit limita superioară de 0,057 g‰ (0,062 g ‰).

Din cele 12 cazuri examinate în timpul accesului, la 5 cantitatea de calciu din lichid a fost inferioară lui 0,046 g ‰ (0,040 — 0,042 ‰) și din 8 cazuri examinate 13—30 de minute după acces, în 2 cazuri cantitatea de calciu găsită a fost 0,042 și 0,044 g ‰. Cifra maximă găsită în timpul și după acces a fost 0,053 g ‰.

În afară de aceasta, am mai examinat și un anumit număr de cazuri aparținînd altor maladii psihice.

Rezultatul a fost următorul : din 9 cazuri de demență precoce, la 3 s-au găsit cifre sub 0,045 g ‰ (0,040 ; 0,040 ; 0,039 g ‰). Cea mai ridicată cifră a fost 0,050 g ‰.

La 6 oligofrenici s-au găsit în mod constant cifre joase (0,036 g ‰ — 2 cazuri ; 0,042 g ‰ — 2 cazuri ; 0,043 g ‰ — 2 cazuri).

La 4 senili, dimpotrivă, s-au găsit cifre normale sau urcate : 0,046 ; 0,048 ; 0,050 ; 0,060 g ‰.

La 5 bolnavi de paralizie generală, cantitatea a oscilat între 0,044 și 0,055 g ‰. În sfîrșit, la două tinere infirmiere din serviciu a fost 0,050 și 0,054 g ‰.

Tehnicile întrebuințate au fost cele ale lui Krammer și Waard, și la amîndouă rezultatele au concordat.

Din cercetările noastre rezultă că deseori cantitatea de calciu din sînge, și cea din lichidul cefalorahidian este diminuată în epilepsie [1]),

---

[1]) Într-o teză apărută după terminarea cercetărilor noastre, I. G h e r s c o v i c i (Iași, 1929) dă de asemenea analizele calciului total și al calciului dializat la epileptici. Primul a fost găsit sub 10 mg % în 3 din 15 cazuri. Cît despre calciu dializat, autorul a ajuns la concluzia că cercetările lui nu confirmă ipoteza lui D i g h o o d asupra rolului carenței de calciu și a alcalozei în patogenia epilepsiei.

iar cea din lichidul cefalorahidian este mai adesea diminuat la oligofrenici.

Nu putem afirma că între diminuarea constatată la aceştia din urmă şi la epileptici şi între o tulburare a funcţiunii paratiroidiene ar exista o legătură certă.

К ВОПРОСУ О СОДЕРЖАНИИ КАЛЬЦИЯ В КРОВИ И СПИННОМОЗГОВОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ И НЕКОТОРЫХ ПСИХОЗАХ

(КРАТКОЕ СОДЕРЖАИИЕ)

При исследовании содержаиия кальция в кровяной сыворотке 35 эпилептиков были найдены в 8 случаях цифры ниже нормальных и в 7 случаях цифры у нижнего предела нормы. Повышенное содержание кальция, напротив, было констатировано лишь в редких случаях. В качестве нормальной принималась кальциемия в 10—12 мг% (по методу Ваарда).

В двух случаях эпилепсии и кастрации кальциемия оказалась иормальной (0,107 и 0,105).

Количественое определение кальция в спинномозговой жидкости было ироизведено у 26 эпилептиков в межприпадочном периоде, у 12 во время припадка и у 8 через 15 и 30 минут после припадка.

По данным Баррио, нормальными цифрами следует считать 0,046—0,057‰.

В 11 из 26 случаев были получены в течение межприпадочного периода цифры ниже 0,046; в 3 случаях они были ииже 0,040.

У 12 больиых, исследованных во время припадка, цифры ниже нормальных были отмечеиы в 5 случаях. Из 8 больных, исследованиых двукратно после припадка, у 2 были иайдены величины ниже 0,046. Максимальная цифра была 0,053.

При ранием слабоумии в 3 из 9 исследованных случаев были найдены величины ниже 0,045.

У 5 олигофреников найденные величины были постояиио ниже этой цифры, а в 4 случаях старческого слабоумия они были постоянно выше этой цифры. У 5 больных прогрессивным параличом величины колебались в пределах 0,044—0,055.

SUR LA TENEUR EN CALCIUM DU SANG ET DU LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN CHEZ LES ÉPILEPTIQUES ET DANS CERTAINES PSYCHOSES

(RÉSUMÉ)

Le calcium sérique de 35 épileptiques a été trouvé 8 fois inférieur aux chiffres normaux et 7 fois à la limite inférieure du normal. Par contre,

les valeurs élevées sont rares. On a considéré normales les valeurs entre 10 et 12 milligrammes % (méthode de Waard).

Dans deux cas d'épilepsie avec castration, la calcémie était normale (0,107 et 0,105 mg%).

On a dosé le calcium du liquide céphalo-rachidien chez 26 épileptiques pendant la période de répit et chez 12 malades, pendant l'accès, puis huit, quinze et trente minutes après.

Les chiffres normaux sont, d'après Barrio, de 0,046 à 0,057 ‰. Chez 11 des 26 malades, les chiffres étaient, pendant la période de répit, inférieurs à 0,046 ; dans trois cas, ils étaient inférieurs a 0,040.

Des 12 cas examinés au cours de l'accès, 5 présentaient des valeurs sous la limite inférieure. Des 8 cas étudiés deux fois aprés l'accès, on a trouvé des valeurs inférieures à 0,046. La valeur la plus élevée a été de 0,053.

Dans les cas de démence précoce, on a trouvé chez 3 des 9 malades des valeurs inférieures à 0,045.

Chez 5 oligophréniques les valeurs étaient constamment inférieures à ce chiffre, tandis que chez 4 séniles, elles étaient supérieures. Chez 5 paralytiques généraux, les valeurs ont oscillé entre 0,044 et 0,055.

CONFORMAŢIA SOMATICĂ A ALIENAŢILOR

CERCETĂRI ASUPRA CONFORMAŢIEI SOMATICE LA ALIENAŢI*

(DEMENŢĂ PRECOCE, EPILEPSIE, PARALIZIE GENERALĂ)

Studiul conformaţiei somatice prezintă pentru psihiatrie un interes teoretic şi practic deosebit, asupra căruia am insistat în comunicarea ce am prezentat-o la congresul de la Cluj (septembrie 1920). În comunicarea de astăzi vom prezenta rezultatul constatărilor ce am făcut din punctul de vedere al conformaţiei somatice la trei categorii de alienaţi: demenţii precoci, epilepticii şi paraliticii generali şi voi căuta să arăt semnificaţia acestor rezultate.

Cercetări de acest fel au fost făcute de altfel şi de alţi autori. Majoritatea au avut în vedere mai cu seamă aşa-zisele stigmate degenerative. Un studiu interesant ce merită a fi menţionat, care conţine şi un bun index bibliografic, este acela al lui A. Marie, publicat în *Traité international de psychologie pathologique*. De asemenea, nu vom trece cu vederea lucrarea lui R. Stern care stabileşte relaţii interesante între terenul pe care evoluează paralizia generală pe de o parte, tabesul pe de alta, teren căruia îi corespunde o anumită conformaţie somatică, şi o anume combinaţie a funcţiunilor glandulare.

Raporturile dintre constituţie şi funcţiunile glandelor endocrine se evidenţiază din ce în ce mai mult. Pe acest teren înţeleg a pune şi eu problema.

Comunicarea de faţă n-are de loc pretenţia de a fi completă. Ea trebuie privită mai de grabă ca ceva asemănător cu schiţa unei picturi ale cărei amănunte şi colorit rămîn a fi completate ulterior.

În continuare să trecem la enumerarea faptelor ce le-am observat.

Unele din aceste fapte vor putea fi interpretate în lumina endocrinologiei, altele vor rămîne ca simple documente a căror explicaţie va fi poate dată în viitor.

---

* Comunicare prezentată la Al II-lea congres al psihiatrilor din România, Iaşi, 25 sept. 1921. Publicată în „Buletinul Asociaţiei psihiatrilor din România", 1922, an. I, nr. 1.

Pe un număr de 26 de epileptici am găsit craniul brahicefal în 9 cazuri, subbrahicefal în acelaşi număr de cazuri, mezaticefal în 4 cazuri, subdolicocefal un caz, dolicocefal în 3 cazuri. În 12 din cele 26 de cazuri existau asimetrii craniene, în 2 se observa o tendinţă la scaficefalie. În 4 cazuri, regiunea occipito-parietală era turtită formînd o adevărată faţă plană. Protuberanţa occipitală era bine pronunţată în 8 cazuri.

Circumferinţa craniană examinată numai la epileptici adulţi a fost : de 52 cm, 1 caz ; 53 cm, 3 cazuri ; 54 cm, 5 cazuri ; 55 cm, 4 cazuri ; 56 cm, 2 cazuri şi 57 cm, 3 cazuri.

Forma frunţii era plată în 5 cazuri, convexă în 8 cazuri, oblică în sus şi înapoi în 4 cazuri. Proeminenţele frontale erau sus situate în 12 cazuri, mijlociu o dată, şterse în 3 cazuri (total 16 cazuri). În 9 cazuri se notează asimetrii frontale.

Înălţimea frunţii era în 6 cazuri între 4 şi 5 cm ; în 12 cazuri, între 5 şi 6 cm ; în 7 cazuri, între 6 şi 8 cm.

Arcadele sprîncenoase erau puţin proeminente în 12 cazuri, mijlociu proeminente în 7 cazuri, mult proeminente în 5 cazuri.

Sprîncenele erau imbricate în 15 din 23 de cazuri. În alte 8 cazuri, aveau o dezvoltare mijlocie.

Ochii aveau o poziţie mijlocie în 10 cazuri, erau enoftalmici în 2 cazuri, exoftalmici în 13 cazuri. În 7 cazuri, deschiderea palpebrală era mică. În restul cazurilor, era mijlocie.

Genele erau lungi şi abundente în 3 cazuri, mijlociu dezvoltate în 16 cazuri.

Nasul era voluminos în 3 cazuri, mic în 2 cazuri, mijlociu dezvoltat în 19 cazuri. Forma sa era dreaptă în 10 cazuri, piramidală şi trilobată în 12 cazuri, acvilină în 2 cazuri.

Filtrul nazal avea o formă romboidală cu laturile inferioare mai scurte în 9 cazuri, formă triunghiulară cu laturile aproape egale în 5 cazuri, de triunghi alungit — un caz. În 4 cazuri filtrul era şters. O dată se prezenta sub formă de gropiţă, în 3 cazuri avea forma unui jgheab, în 2 cazuri a unui jgheab romboidal.

Faţa era net ovalară în 13 cazuri, rotundă în 5 cazuri, uşor ovalară în 8 cazuri.

Molarele erau proeminente în 4 cazuri.

Prognatismul inferior a fost notat într-un singur caz, cel superior în 7 cazuri.

Maxilarul inferior avea pe linia mediană o înălţime mai mare ca în mod normal, într-un caz.

Sistemul pilos al feţei era slab reprezentat în 6 cazuri, şi abundent în altul, cu o dezvoltare mijlocie în restul cazurilor (total 14 cazuri examinate).

Buzele erau răsfrînte în 8 cazuri, numai cea inferioară în 7 cazuri, într-un caz erau mici şi subţiri, iar în restul cazurilor, pînă la 25, prezentau o dezvoltare moderată.

Dinţii erau în stare destul de bună în 19 cazuri, cariaţi în 4 cazuri.

Diasteme dentare existau în 10 din 25 de cazuri. În 4 din aceste cazuri existau defecte în modul de implîntare a dinților. Aceștia aveau o lățime mai mare în 4 cazuri, o înălțime mai mare ca de regulă în 3 cazuri.

Gura era largă în 4 cazuri, mică în 3 cazuri, medie în restul cazurilor.

Bolta palatină era adîncă în 20 de cazuri, turtită în 2 cazuri, mijlocie în 4 cazuri (total 26 de cazuri).

Urechile erau lungi în 11 cazuri, largi într-un singur caz, helixul desfășurat în 10 cazuri, antehelixul era proeminent în 8 cazuri, șters în 3 cazuri (din 25). Gropița naviculară comunică în 18 cazuri cu cea intercrurală.

În 12 cazuri, exista un tubercul al lui Darwin mai mult sau mai puțin evident. Tragusul era normal în 4 cazuri, puțin aparent în 3 cazuri. Antitragusul era voluminos în 3 cazuri, redus în 4 cazuri. În 10 cazuri existau asimetrii auriculare.

În 8 cazuri am întîlnit forma de ureche zisă în paner. În 7 cazuri porțiunea inferioară a urechii, adusă înainte, făcea un unghi cu cea superioară. Lobulul era mic în 8 cazuri, mare în 5 cazuri; în 7 cazuri era semiaderent.

Țesutul adipos al corpului era bine dezvoltat în 7 cazuri, în cantitate prea mare în 3 cazuri, redus în 4 cazuri, mijlociu în 10 cazuri.

Musculatura redusă în 2 cazuri, bine dezvoltată în 19 cazuri.

Sistemul pilos al corpului era puțin dezvoltat în 3 cazuri, în alte 7 cazuri era de asemenea puțin dezvoltat în partea superioară a corpului, pe cîtă vreme în cea inferioară era abundent. Într-un caz era mai abundent ca de obicei, în 3 cazuri prezenta o dezvoltare moderată.

Sistemul pilos al capului era redus în 2 cazuri, normal în alte 2 cazuri.

În ce privește sistemul osos, într-un singur caz am notat că toracele era rău conformat, avînd sternul înfundat.

Notăm în fine că unul din bolnavii noștri suferea de hernie inghinală, iar un altul prezenta o pată pigmentată întinsă pe trunchi. Nici unul dintre bolnavii noștri nu prezenta anomalii ale organelor genitale.

Talia bolnavilor noștri a fost următoarea:

	150 cm	2 cazuri
	154 ,,	1 ,,
	155 ,,	1 ,,
	159 ,,	1 ,,
	160 ,,	2 ,,
	161 ,,	1 ,,
	165 ,,	3 ,,
	169 ,,	1 ,,
	172 ,,	1 ,,
	177 ,,	1 ,,
	178 ,,	1 ,,
Total		15 ,,

Am avut în vedere aici numai pe epilepticii adulți.



Pe un număr de 16 demenți precoci am întîlnit craniul brahicefal în 7 cazuri, cel subbrahicefal în 3 cazuri, cel mezaticefal în 4 cazuri, cel subdolicocefal într-unul, în sfîrșit dolicocefal tot într-un singur caz.

Circumferința craniană a fost de 58 cm, 1 caz; 56 cm, 1 caz; între 55 și 56 cm, 7 cazuri; 54 cm, 1 caz; 53 cm, 2 cazuri; 50 cm, 1 caz.

Înălțimea frunții a fost găsită între 7 și 8 cm în 4 cazuri, între 6 și 7 cm în 8 cazuri, între 5 și 6 cm în 5 cazuri.

Fruntea era de formă plată în 7 cazuri, convexă în 12 cazuri, în 3 cazuri direcția frunții era oblică în sus și înapoi. De 5 ori existau asimetrii frontale.

Proeminențele frontale erau sus situate în 12 cazuri, în poziția mijlocie în 5 cazuri; în sfîrșit, în alte 7 cazuri aceste ridicături erau puțin aparente.

Arcadele sprîncenoase erau proeminente în 5 cazuri, puțin aparente în alte 5 cazuri. În 7 cazuri prezentau o ridicătură de un grad mijlociu.

Sprîncenele erau abundente în 2 cazuri, imbricate pe linia mediană în 15 cazuri; rare în 2 cazuri; cu o dezvoltare medie în 3 cazuri. Forma lor era dreaptă în 18 cazuri, arcuită în 4 cazuri.

Ochii erau enoftalmici în 5 cazuri, exoftalmici într-un număr egal de cazuri, cu o poziție intermediară în alte 12 cazuri.

Deschiderea palpebrală era mică în 6 cazuri, mijlocie în 13 cazuri.

Genele erau lungi și abundente în 6 cazuri, scurte și rare în 3 cazuri, cu o dezvoltare mijlocie în 14 cazuri.

Nasul era voluminos în 2 cazuri, mijlociu în 18 cazuri. Forma lui era dreaptă în 15 cazuri, ușor acvilină în 3 cazuri, net acvilină în alte 3 cazuri.

Fața era asimetrică într-un caz.

Filtrul nazal avea o formă de triunghi cu laturile aproape egale în 7 cazuri, de triunghi alungit în 6 cazuri, forma de jgheab în 3 cazuri, de simplă gropiță într-un caz, de romb cu laturile inferioare mai scurte în alt caz.

Buzele erau răsfrînte în afară în 11 cazuri, iar în 7 cazuri ocupau o situație mijlocie. Gura era largă în 5 cazuri, mijlocie în 17 cazuri.

Sistemul pilos al feței era abundent în 5 cazuri, mijlociu dezvoltat în 8 cazuri, slab reprezentat în 13 cazuri.

Dinții erau în bună stare în 11 cazuri, în stare mijlocie în 6 cazuri, foarte cariați într-un singur caz. În 6 din cazurile noastre existau diasteme dentare de diferite grade.

În 6 cazuri dinții erau mai lungi ca în mod normal, într-un caz din contra exista o microdontie, în 3 cazuri lățimea dinților era mai însemnată ca de obicei.

Bolta palatină era adîncită în 16 cazuri, mijlocie în 5 cazuri.

Urechile erau asimetrice în 5 cazuri, în formă de paner în 5 cazuri. Tuberculul lui Darwin în grade variabile exista în 13 din 23 de cazuri. În 2 cazuri exista o microotie.

Helixul era desfășurat în 13 cazuri, bine înfășurat în 10 cazuri. Antehelixul era proeminent în 14 din 23 de cazuri examinate. În 15 cazuri gropițele naviculară și intercrurală comunicau între ele.

Din 19 cazuri, examinate din acest punct de vedere, lobulul era liber de 15 ori, semiaderent de 2 ori, net aderent de 2 ori.

Tragusul era mult dezvoltat în 4 cazuri, puțin dezvoltat într-un caz, iar în 11 cazuri prezenta o dezvoltare mijlocie. Antitragusul era mijlociu dezvoltat în 14 cazuri, mult dezvoltat într-unul singur.

În 2 cazuri, pavilionul urechii era adus înainte în porțiunea sa inferioară făcînd un unghi cu restul.

Sistemul pilos al capului era suficient de bine dezvoltat la toți demenții precoci ce i-am examinat. Acela al corpului era mult dezvoltat în 4 cazuri, slab reprezentat în 15 cazuri. Țesutul adipos era mijlociu dezvoltat în 18 cazuri. Trei bolnavi erau din contră emaciați și un al 4-lea cu tendință la obezitate.

Musculatura mult dezvoltată într-un caz, suficient în alte 17 cazuri.

Oasele bine dezvoltate în 17 cazuri.

La 2 bolnavi existau unele modificări (rahitice?) ale toracelui.

Organele genitale externe erau mult dezvoltate într-un caz, mijlociu în alte 15.

Talia bolnavilor noștri a fost următoarea :

131 cm	1 caz
157 ,,	1 ,,
158 ,,	1
159 ,,	2 cazuri
165 ,,	1 caz
167 ,,	1 ,,
168 ,,	1 ,,
169 ,,	1 ,,
170 ,,	1 ,,
172 ,,	1 ,,
173 ,,	2 cazuri
175 ,,	2 ,,
Total	15 ,,



În ce privește paralizia generală, pe un număr de 20 de bolnavi am găsit craniul brahicefal în 11 cazuri, cel subbrahicefal în 6 cazuri, cel mezaticefal în 3 cazuri.

În nici unul din cele 20 de cazuri, craniul nu se prezenta sub forma dolico - sau subdolicocefală. Evident totuși că există și paralitici generali cu astfel de cranii și am observat noi înșine astfel de cazuri. Aici vorbim numai de bolnavii examinați cu ocazia cercetărilor pentru comunicarea prezentă.

Circumferința craniană a fost de 56 cm în 2 cazuri, 55 cm în 5 cazuri, de 54 cm în 9 cazuri, de 53 cm în 2 cazuri. În cîte un caz circumferința a fost de 57 și 58 cm.

Înălțimea frunții a variat astfel : 9 cm (2 cazuri), 8—9 cm (1 caz), 7—8 cm (2 cazuri), 6—7 cm (11 cazuri), 5—6 cm (4 cazuri) și 4—5 cm (1 caz).

Fruntea avea forma plată și dreaptă în 6 cazuri, convexă în 10 cazuri. În nici unul din cazuri direcția frunții nu era oblică. Proeminențele frontale erau șterse în 3 cazuri. Ele erau sus situate în 7 cazuri (pe 16 cazuri examinate); în 6 cazuri aveau o situație mijlocie.

Arcadele sprîncenoase erau proeminente în 2 (din 15 cazuri), șterse o dată, iar în 12 cazuri aveau o dezvoltare mijlocie.

Sprîncenele au fost notate ca avînd o dezvoltare mijlocie în 9 cazuri, puțin abundente și imbricate în 8 cazuri. Forma lor a fost găsită dreaptă în 11 cazuri, net arcuită în 4 cazuri.

Dintr-un număr de 14 cazuri examinate, în care posedăm date relative la situația globilor oculari, am notat exoftalmia mai mult sau mai puțin pronunțată în 6 cazuri, enoftalmia în 3 cazuri, poziția intermediară în 5 cazuri. Într-un singur caz din 14 am notat o exagerare a deschiderii palpebrale în sensul semnului lui Dalrymple din boala lui Basedow.

Din 15 cazuri, genele au fost găsite lungi și dese în 2 cazuri, rare și puțin abundente în 6 cazuri, cu o dezvoltare mijlocie în 7 cazuri.

Nasul, din 15 cazuri, a fost notat mult dezvoltat în 9 cazuri, mijlociu dezvoltat în 6 cazuri. Forma lui a fost dreaptă în 8 cazuri, piramidală în 2 cazuri, acvilină în 5 cazuri.

Filtrul nazal prezintă o formă de triunghi alungit în 6 cazuri, triunghiulară cu laturile aproape egale în 4 cazuri, romboidal, (cu laturile inferioare mai scurte) în 2 cazuri. În sfîrșit, în 4 cazuri filtrul nazal era puțin aparent, cu marginele șterse.

Fața a fost notată ca avînd o formă rotundă în 3 cazuri, ovală alungită în 8 cazuri și o formă intermediară în 4 cazuri. Figura a fost notată mare în 3 cazuri și malarele proeminente în 6 (din 15 cazuri).

Gura a fost notată largă în 6 cazuri, mijlocie în 7 cazuri.

Buzele răsfrînte mult în 10 cazuri, mijlociu în 5 cazuri.

Sistemul pilos facial era mult dezvoltat în 7 cazuri, puțin abundent într-un caz, și de o abundență mijlocie în 6 cazuri. Dinții, din 12 cazuri examinate, au fost găsiți într-o stare mijlocie în 6 cazuri, mult cariați în 4 cazuri, în bună stare în 2 cazuri.

Ei prezentau diasteme în 4 din 12 cazuri. Prezentau o lungime mai mare decît media normală în același număr de cazuri.

Bolta palatină a fost notată ca adîncită în 5 cazuri, turtită în 2 cazuri și mijlocie în 7 cazuri.

Pe un număr de 5 cazuri în care avem notate conformația urechilor, am notat în 3 cazuri o lungime exagerară a lor, într-un alt caz urechile au fost din contră mai mici ca de regulă. În 8 din cazurile noastre, antehelixul era proeminent întrecînd helixul prin relieful lui. Helixul era desfășurat în 4 cazuri. Antehelixul șters într-un caz.

La 2 bolnavi am notat forma de urechi în paner.

În 12 din cazurile noastre am întîlnit o comunicare a gropiței naviculare cu cea intercrurală. Tuberculul lui Darwin exista în 4 cazuri. Lobulul era mic într-un caz, semiaderent în 4 cazuri, aderent într-un caz.

În 16 cazuri, lobulul a fost notat ca mare, în 4 cazuri ca mijlociu.

Sistemul pilos al capului era normal dezvoltat în 10 cazuri. El era slab reprezentat în 4 cazuri, ceva mai bine într-un al 5-lea caz.

Sistemul pilos al corpului era slab reprezentat în 4 cazuri, bine în 3 cazuri, mijlociu în rest.

Țesutul adipos era abundent în 6 cazuri, redus evident în 4 cazuri, mijlociu în 5 cazuri.

Musculatura era bine dezvoltată în 4 cazuri, slab dezvoltată în al 5-lea caz, mijlociu în 7 cazuri.

Sistemul osos era mult dezvoltat într-un caz (fără să atingă starea acromegalică), puțin în altul, mijlociu în restul de cazuri.

Organele genitale aveau o dezvoltare depășind media în 3 cazuri. Unul din acești bolnavi era în plus obez și foarte pilos. În 2 cazuri aceste organe erau sub medie, iar în 7 cazuri aveau o dezvoltare moderată.

În ce privește înălțimea (talia) bolnavilor noștri, ea varia (în 20 de cazuri) în modul următor :

1,74	m	1	caz
1,75	,,	1	,,
1,70	,,	2	cazuri
1,69	,,	1	caz
1,68	,,	2	cazuri
1,65		4	,,
1,64		1	,,
1,63	,,	2	,,
1,62	,,	1	,,
1,61	,,	1	caz
1,60	,,	1	,,
1,58	,,	1	,,
1,55	,,	1	,,
1,53	,,	1	,,
Total		20	cazuri



Din datele de mai sus decurg unele indicații ce merită a fi puse în evidență, astfel :

Talia este adeseori mică la paralitici, mai mare la demenții precoci și epileptici.

Din punctul de vedere al interpretării, trebuie să ne gîndim la posibilitatea unei constituții hipotiroidiene și poate hipofizare la prima categorie de bolnavi (S t e r n a invocat deja hipotiroidismul în constituția paraliticilor generali).

Aceeași interpretare ne-ar explica pentru ce brahicefalia este mai frecventă la paraliticii generali.

Asimetriile craniene — indiciu de tulburări în perioada embrionară și fetală — sînt mai cu seamă frecvente la epileptici, mai rare la demenții precoci și mai rare încă la paraliticii generali.

Fruntea este frecvent mai joasă la prima categorie de bolnavi decît la ultima, fapt ce arată de asemenea o tulburare în cursul perioadei de dezvoltare, mai ales intrauterină.

Enoftalmia era în aceeași proporție cu exoftalmia la demenții precoci. Din contră, ultimul fenomen era mult mai frecvent decît cel dintîi la epileptici și la paralitici.

Deschiderea palpebrală a fost găsită mică, relativ des, la epileptici și demenți precoci. Din contră, n-am observat acest fenomen la paraliticii noștri, unul din ei prezentînd chiar semnul lui Dalrymple caracteristic, așa cum se vede deseori la basedowieni.

Sprîncenele erau deseori imbricate la demenții precoci și epileptici, mai rar la paraliticii generali unde am întîlnit mai des sprîncene slab dezvol-

tate. De asemenea, genele puţin dezvoltate se întîlnesc mai des la paraliticii generali.

Ultimele 2 observaţii (relative la dezvoltarea genelor şi sprîncenelor) întăresc încă ideea unui teren hipotiroidian la unii paralitici generali.

Nasul era deseori mare şi drept la paralitici. Aceeaşi formă se vede mai des şi în demenţa precoce. Un nas de formă piramidală (ca în hipotiroidism) este din contra frecvent în epilepsie.

Sistemul pilos al feţei era relativ deseori puţin dezvoltat la epileptici şi mai frecvent încă la demenţii precoci; era în genere mai bine reprezentat la paralitici (insuficienţă testiculară frecventă la primele 2 categorii).

Sistemul pilos al corpului este slab dezvoltat mai cu seamă la demenţii precoci (tulburări endocrine ale testiculului şi probabil ale suprarenalelor, constituţie hipoplazică).

În peste 50 % din cazurile de demenţă precoce, întîlnim această dezvoltare slabă a sistemului pilos al corpului. Totuşi, în 1/5 din cazuri el este abundent dezvoltat. Dezvoltarea abundentă este mai frecventă la paraliticii generali.

Sistemul pilos al capului este în genere normal la demenţii precoci şi ceva mai puţin la epileptici; se găseşte din contră frecvent insuficient la paraliticii generali.

În ce priveşte urechile am găsit helixul desfăşurat (urechea mai puţin diferenţiată) mai des la epileptici şi demenţii precoci, mai rar la paraliticii generali.

Urechile îndoite în unghi în partea lor inferioară au fost întîlnite mai ales la epileptici, mai rar la demenţii precoci şi mai rar la paraliticii generali. Urechile în formă de paner le-am găsit mai ales la demenţii precoci.

Lobulul aderent l-am găsit mai des la demenţii precoci, cel semiaderent la epileptici, mai rar la paraliticii generali.

Obezitatea am întîlnit-o mai frecvent la paraliticii generali, apoi la epileptici, mai rar la demenţii precoci.

Observaţiile de mai sus par a duce la concluzia că un număr însemnat de epileptici (talie mică, nas piramidal) prezintă un teren de hipotiroidie, ceea ce nu exclude hipertiroidia la alţii şi chiar disocierea funcţiilor tiroidiene la acelaşi bolnav[1]).

Frecvenţa taliei mici, a obezităţii, a pilozităţii însemnate a corpului şi a feţei la paraliticii generali, cu isuficienţa dezvoltării părului capului, genelor şi sprîncenelor, pledează pentru un teren combinat de insuficienţă tiroidiană şi hiperfuncţiune a corticalei suprarenale (nu a medularei cum admite Stern [2]).

Talia înaltă cu toarcele îngust, genele şi sprîncenele adeseori abundente, sistemul pilos al corpului slab dezvoltat, pledează pentru frecvenţa unui teren somatic, datorit unei insuficienţe a glandelor genitale şi suprarenale, combinat pe cît se poate uneori cu cel hipertiroidian la demenţii precoci.

---

[1]) Amintesc aici că greutatea tiroidei la epileptici este de cele mai multe ori sub 20 g.

[2]) De acord cu acest autor găsim frecvent talia mică la paraliticii generali.

ИССЛЕДОВАНИЯ СОМАТИЧЕСКОЙ КОНСТИТУЦИИ У УМАЛИШЕННЫХ

(ПРИ РАННЕМ СЛАБОУМИИ, ЭПИЛЕПСИИ, ПРОГРЕССИВНОМ ПАРАЛИЧЕ)

(КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ)

Изучение соматической конституции у сравнительно большого числа больных из вышеуказанных 3 категорий приводит автора к следующим выводам:

У значительного числа эпилептиков отмечаются признаки гипофункции щитовидной железы (небольшой рост, нос в виде пирамиды, западение глазных яблок), что, однако, не исключает наличия гипертиреоза у других эпилептиков и даже диссоциации функции щитовидной железы у одного и того же больного.

Часто наблюдаемое ожирение, небольшой рост, значительно развитый волосяной покров у больных прогрессивным параличом, при недостаточном развитии волос на голове, ресницах и бровях говорят о наличии у этих больных смешанной почвы, включающей недостаточность щитовидной железы и гиперфункцию коры надпочечников.

Высокий рост некоторых больных ранним слабоумием, узкая грудная клетка, часто наблюдаемое обилие волос на ресницах и бровях, слабо развитый волосяной покров тела говорят о наличии у этих больных соматической почвы, характеризующейся недостаточностью половых желез и надпочечников, причем в некоторых случаях эти особенности, повидимому, сочетаются с гиперфункцией щитовидной железы.

RECHERCHES SUR LA CONFORMATION SOMATIQUE DES ALIÉNÉS

(DÉMENCE PRÉCOCE, ÉPILEPSIE, PARALYSIE GÉNÉRALE)

(RÉSUMÉ)

L'étude de la constitution somatique d'un nombre relativement élevé de malades des trois catégories indiquées dans le titre conduit l'auteur aux conclusions suivantes :

Une proportion importante d'épileptiques (petite taille, nez pyramidal, énophtalmie) présentent un terrain hypothyroïdien, ce qui n'exclut pas une hyperthyroïdie chez d'autres ou même une dissociation des fonctions thyroïdiennes chez le même malade.

Les paralytiques généraux sont souvent de petite taille, avec obésité, pilosité importante du corps et insuffisance du développement des cheveux, des cils et des sourcils, ce qui plaide pour un terrain combiné d'insuffisance thyroïdienne et d'hyperfonction cortico - surrénale.

La haute taille de certains sujets, malades de démence précoce, associée à un thorax étroit, à des cils et des sourcils souvent abondants, à un système pileux peu développé sur le corps, plaide pour la fréquence d'un terrain somatique d'insuffisance des glandes génitales et surrénales, parfois associée à une hyperthyroïdie.

ASUPRA DIFERENŢELOR PSIHOLOGICE ALE BOLNAVILOR ATINŞI DE PSIHOZE DE TIP MANIACO-DEPRESIV DUPĂ STAREA LOR CONSTITUŢIONALĂ*

Natura endogenă a psihozelor afective sau de tip maniaco- depresiv este un fapt bine stabilit.

Este vorba de psihoze constituţionale, şi după părerea noastră cu patogenie în special endocrină. În ceea ce priveşte morfologia acestor bolnavi, Tomossi a afirmat de mult că este vorba de brevilini. Aceeaşi opinie a fost susţinută recent de Kretschmer, van der Host etc. Dar această afirmaţie nu se verifică întotdeauna şi se pot observa bolnavi cu constituţie longilină, atletică etc. Din punct de vedere endocrin este sigur că aceste tipuri constituţionale diferă.

Unul din noi a atras atenţia de mult asupra importanţei care revine tulburărilor tiroidiene în special hipertiroidiei precum şi insuficienţei ovariene în patogenia psihozelor afective.

Dar hipertiroidia realizează în special tipuri somatice leptosome. Totuşi se observă cazuri de psihoză periodică unde bolnavul prezintă constituţia brevilină, cîteodată picnină - atletică cu puternică dezvoltare a ţesutului adipos muscular şi osos etc.

Am remarcat că psihologia bolnavilor atinşi de psihozele despre care vorbim variază în raport cu tipul lor somatic. Observaţiile care urmează vor putea servi de exemplu.

Cazul nr. 1. *E. T.*, de 51 de ani.

Antecedente personale. Bolnava a avut prima menstruaţie la două luni după căsătorie (la vîrsta de 16 1/2 ani). O mare emoţie i-a provocat un avort în urma căruia s-a ivit o stare de depresiune, cu următoarele caracteristici : avea insomnie, refuza alimentaţia, era nerăbdă-

---

* În colaborare cu E. Tomorug. Comunicare prezentată la Societatea romînă de neurologie, psihiatrie, psihologie şi endocrinologie. Publicată în „Bulletins et mémoires de la Section d'endocrinologie, feb. 1938, nr. 2.

toare la lucru, iar în timpul nopții rătăcea pe străzi. Urmărită de halucinații vizuale, vedea săbii pe pereți sau cîini care vroiau să o prindă și să o sfîșie. Ea a încercat de mai multe ori să se sinucidă.

În anul 1910, a fost internată pentru prima oară la spitalul „Socola" din Iași. După două săptămîni a putut părăsi spitalul mult ameliorată. Revine însă în 1911 pentru simptome psihice de excitație maniacală. De atunci pînă în 1914 a mai fost internată la „Socola", de cinci ori pentru aceleași simptome, încadrate în sindromul psihozei maniaco-depresive.

În 1914 i s-a făcut o tiroidectomie totală, operație după care starea de excitație a bolnavei a cedat complet, fără să mai fie nevoie de o nouă internare pînă în 1919, cînd, certîndu-se cu familia, a venit singură să se interneze fără a prezenta simptome pronunțate de psihoză maniaco-depresivă. I s-a permis ieșirea din spital și de atunci n-a revenit pînă în decembrie 1937, cînd a venit singură să ceară din nou internarea în serviciul nostru pentru o gripă și pentru a-și îngriji ulcerațiile varicoase.

S-a comportat bine față de familie și societate.

Starea actuală. Este o bolnavă de constituție leptosomă. Talia = 1,61 m, greutatea = = 53,700 kg. Tegumentele sînt umede, brune și calde pe toată întinderea corpului. Transpirația este accentuată. Țesutul adipos redus. Circumferința craniană = 54 cm ; curba fronto-occipitală = 34 cm ; diametrul transversal = 14 cm ; capacitatea craniană = 1 370 cm^3 ; indicele cefalic = 82,94. Fața este ovală, prezintă cute ; pomeții proeminenți. Ochii strălucitori, nasul drept cu baza lărgită. Gîtul lung, destul de subțire, cu circumferința de 33 cm. Distanța mastoidă — manumbrium = 13 cm iar cea hioid — manumbrium = 7 cm. La gît se observă cicatricea rămasă după tiroidectomie. Tiroida nu se palpează.

Afară de aceasta, bolnava prezintă tremurături ale membrelor superioare. Toracele este lung și slab. Diametrul între cei doi acromioni = 29 cm, iar acel dintre cele două puncte mai îndepărtate ale crestelor iliace = 30 cm. Capacitatea toracică = 7 040 cm^3. Capacitatea abdominală totală = 11 424 cm^3. Lungimea membrului superior = 53 cm. Lungimea membrului inferior = 81 cm.

Exmenul visceral. Cardiac : tensiunea arterială maximă 14, minimă 8 1/2 cm Hg (Vaquez Laubry) ; pulsul = 68 bătăi pe minut, in rest nimic important.

P u l m o n a r : raluri de bronșită diseminate la ambii plămîni : radioscopia ne arată leziuni fibroase difuze.

A p a r a t   g e n i t a l : amenoree din 1910, în urma unui avort.

Examenul sîngelui : calcemie = 0,102 g $^0/_{00}$; colesterolemie = 1,739 g $^0/_{00}$; glicemie = = 0,888 g $^0/_{00}$; potasemie = 0,169 g $^0/_{00}$; uree = 0,20 g $^0/_{00}$; hematii = 4 080 000 la mm^3 ; globule albe = 6 650 mm^3.

F o r m u l a   l e u c o c i t a r ă : leucocite neutrofile, 61 % ; leucocite basofile, 0 % ; leucocite eozinofile, 2 % ; limfocite, 35 % ; monocite, 1 %.

Seroreacția Bordet-Wasserman și Meinicke negative.

Examenul neurologic : nimic important.

În lichidul cefalorahidian toate reacțiile sînt negative.

Examenul psihic : Din punctul de vedere al ideației, asociația ideilor este nealterată, dar rapidă. Bolnava ne povestește cu multă volubilitate toate etapele bolii sale. Autocritica este bine conservată. Se remarcă o logoree accentuată, bolnavei îi place să flecărească dar nu prezintă fugă de idei. De altfel, toate funcțiile mintale sînt normale. În deosebi trebuie să menționăm că în timpul internărilor sale nu a fost niciodată violentă sau agresivă. A fost întotdeauna euforică.

Cazul nr. 2. *G. T.* de 47 de ani.

Antecedente heredocolaterale. O soră a mamei sale a suferit de o psihoză maniaco-depresivă. O soră a bolnavei a prezentat accese convulsive. Atît mama cît și surorile bolnavei au o constituție leptosomă.

Antecedente personale. Menstruația apărută la 12 ani a fost normală pînă la 22 de ani, cînd a suferit o amenoree de 8 luni, în urma căruia, prezentînd fenomene de excitație maniacală, a fost internată într-un serviciu de psihiatrie. După două luni de la internare menstruația îi revine și bolnava poate părăsi spitalul în stare de remisiune psihică.

La 42 de ani, internată a doua oară cu fenomene de psihoză maniaco-depresivă, părăsește serviciul după scurt timp.

Pusă în libertate, este adusă din nou la spital pentru mai multe tentative de sinucidere. Eliberată după o remisiune completă, a fost din nou internată în urmă cu doi ani, deoarece prezenta fenomene de excitație maniacală, dar în scurt timp, liniștindu-se, este pusă în libertate.

Acasă se comportă destul de bine. Prezentînd de două săptămîni euforie accentuată, logoree şi erotism remarcabil se cere internarea sa în clinica noastră.

Starea actuală : Este vorba de o femeie de constituţie leptosomă ; talia = 1,60 m ; greutatea = 52,700 kg ; tegumentele albe, umede, calde ; ţesutul adipos diminuat ; oasele membrelor sînt lungi şi fără alteraţii ; faţa este ovală cu numeroase efelide ; circumferinţa craniană = 54 cm ; curba fronto-occipitală = 31 cm ; diametrul antero-posterior = 17 cm ; diametrul transvers = = 14 cm ; capacitatea craniană = 1 360 cm^3 ; indicele cefalic = 82,94 ; nasul fin destul de lung ; ochii strălucitori ; gîtul lung şi subţire cu circumferinţa = 34 cm ; distanţa mastoidă manumbrium = 19 cm ; distanţa hioid-manumbrium = 7 cm ; glanda tiroidă este puţin atrofiată ; transpiraţie accentuată ; tremurături ale membrelor superioare, palpitaţii frecvente ; toracele este alungit ; diametrul între cei doi acromioni = 29 cm ; diametrul între cele două puncte mai îndepărtate a crestelor iliace = 29 cm ; capacitatea toracică = 6 352 cm^3 ; capacitatea abdominală totală = 9 644 cm^3 ; lungimea membrelor superioare = 53 cm ; lungimea membrelor inferioare = 79 cm.

Examenul visceral. Inima : nimic important : tensiunea arterială sanguină = maxima 12, minima 8 cm Hg (Vaquez Laubry) ; pulsul = 78 bătăi pe minut.

O r g a n e l e g e n i t a l e : ciclul menstrual normal, menstruaţia durează 5—6 zile în cantitate mijlocie, dismenoree, a avut o anexită bilaterală.

Examenul sîngelui : glicemie = 0,99 g ‰ ; calcemie = 0,099 g ‰ ; colesterolemie = = 1,285 g ‰ ; potasemie = 0,182 g ‰ ; uree = 0,26 g ‰ ; globule roşii = 4 280 000 pe mm^3 ; globule albe = 5850 pe mm^3.

Seroreacţia Bordet-Wasserman şi Meinicke negative.

Examenul neurologic. Reflexele osteotendinoase normale. Reflexele oculare de asemenea.

În lichidul cefalorahidian, toate reacţiile sînt normale.

Examenul mintal. Bolnava noastră prezintă o euforie accentuată exprimată în mimică limbaj şi gesturi. Trece repede de la rîs la plîns şi invers. Autocritica este relativ păstrată. Instinctul sexual exagerat. Caută întotdeauna societatea bărbaţilor. Vorbeşte cu voce tare, face ironii şi glume.

În ceea ce priveşte ideaţia, prezintă fugă de idei, logoree, cîntă cîntece de dragoste. Cîteodată face versuri de care rîde apoi singură. Îi place să se gătească. Atenţia este mobilă. Orientarea în timp şi spaţiu este normală, de asemenea memoria. Nu are o judecată tocmai limpede, susţine că este numai puţin nervoasă, şi singurul lucru care ar putea-o vindeca este o dragoste sinceră. Bolnava nu este niciodată agresivă, este sintonică şi prietenoasă cu oricine.

Cazul nr. 3. *S.B.*, de 36 de ani.

Antecedente personale : La 13 ani are prima menstruaţie. Aceasta durează 6 zile şi este în cantitate mijlocie. La vîrsta de 18 ani a fost internată într-un spital din Rusia pentru simptome de psihoză maniaco-depresivă. A stat internată timp de 8 luni. După un an dela ieşirea din spital, prezentînd aceleaşi simptome, ea a fost internată pentru a doua oară în clinica de psihiatrie din Odesa timp de trei luni. Liniştită, aparent normală, ea trăieşte în societate dînd lecţii de pian.

La 26 de ani a fost din nou internată la spitalul din Sibiu de unde a plecat după 3 luni. Trei ani mai tîrziu, familia sa a cerut internarea ei în serviciul nostru pentru psihoză maniaco-depresivă.

După $4^1/_2$ luni, este luată din spital pentru a reveni după $5^1/_2$ luni prezentînd aceleaşi simptome.

Starea actuală. Bolnava este de constituţie brevilină ; talia = 1,49 m ; greutatea = 62 kg ; pielea este netedă, albă, caldă pe toată întinderea ; ţesutul adipos bine dezvoltat, chiar abundent.

Craniul : circumferinţa craniană = 55 cm ; curba antero-posterioară = 33 cm ; diametrul antero-posterior = 18 cm ; diametrul transvers = 15 cm ; capacitatea craniană = 1 410 cm^3 ; indicele cefalic = 83,33. Faţa rotundă, roză. Ochii strălucitori. Nasul drept cu baza lărgită. Gîtul scurt şi gros cu circumferinţa de 34 cm. Distanţa mastoidă-manumbrium = 15 cm ; distanţa tiroid-manumbrium = 5,5 cm. Tiroida uşor palpabilă. Tremurături fine ale membrelor superioare. Toracele scurt şi gros. Diametrul între acromioni = 29 cm. Diametrul între cele două puncte mai îndepărtate ale crestelor iliace = 28,5 cm. Capacitatea toracică = 5 700 cm^3. Capacitatea abdominală totală = 21 396 cm^3. Lungimea membrelor superioare = 48 cm ; lungimea membrelor inferioare = 73 cm.

Examenul visceral. Inima : tensiunea arterială = maxima $13^1/_3$, minima $8^1/_2$ cm Hg (Vaquez Laubry) ; pulsul = 66 bătăi pe minut.

P l ă m î n i i prezintă raluri de bronşită cronică.

O r g a n e g e n i t a l e : menstruaţie regulată, durata 6 zile fără dureri.

Examenul urinei : urme de albumină ; sediment : numeroase celule epiteliale plate.

Examenul sîngelui : glicemie = 0,888 g ‰ ; calcemie = 0,102 g ‰ ; potasemie = = 0,167 g ‰ ; colesterolemie = 2, 408 g ‰ ; uree = 0,18 g ‰ ; hematii = 4 960 000 pe mm^3 ; globule albe 6 000 pe mm^3.

Formula leucocitară : leucocite bazofile, 0 % ; leucocite neutrofile, 57 % ; leucocite eozinofile, 6 % ; monocite, 2 % ; limfocite, 35 %. Seroreacţie Bordet-Wasserman şi Meinicke negative.

Examen neurologic : Reflexele osteotendinoase vii ; reflexele oculare normale ; nu sînt de reţinut alte tulburări ; examenul lichidului cefalorahidian : toate reacţiile sînt negative

Examenul psihic. Bolnava prezintă o exagerare a autoaprecierii. Nimeni n-ar putea cînta la pian mai bine decît ea. Umblă neglijent îmbrăcată. Din punctul de vedere al ideaţiei, fugă de idei, euforie intermitentă. Bolnava este adesea răutăcioasă şi agresivă, sparge gemurile, rupe patul şi lenjeria. Este mulţumită dacă poate să facă rău. Este agresivă, bate infirmiera şi pe cei din jur. Sentimentele de dragoste sînt puţin accentuate.

Cîntă mereu, în special marşuri, fragmente din opere etc. Prezintă o notă de misticism vorbind de Palestina şi de religia mozaică (bolnava este evreică). De obicei caută să-şi arate superioritatea şi să deprecieze pe alţii. Instinctul erotic accentuat. Dispoziţia i se schimbă repede şi atunci trece de la rîs la plîns. Memoria este bună. Bolnava îşi reaminteşte de trecut pe care ni-l povesteşte. Atenţie mobilă. Orientarea este corectă. Cunoaşte locul unde se găseşte, anul şi luna. Este uşor irascibilă, nu caută prietenia celor din jurul său. Are insomnie. Nu lucrează nimic, avînd din contră tendinţa de a distruge totul.

După cazurile observate, simptomatologia maniacilor leptosomi se deosebeşte de aceea a picnicilor. La primii unde acţiunea toroidei este preponderentă se remarcă o euforie sinceră, sentimente de afecţiune şi erotism accentuat. Cîntecele lor sînt pline de sentiment, pasionate, sînt lipsiţi de agresivitate şi în general sintonici.

La cei din a doua categorie, euforia nu este atît de tipică. Sînt irascibili, agresivi, le place să distrugă, sînt ironici şi mai puţin sintonici.

Ni se pare verosimil că în ultimul caz relatat este vorba de un exces funcţional al corticalei suprarenale.

Obezitatea, hipercolesterolemia, agresivitatea bolnavei par să pledeze pentru asemenea tulburări. Este drept că nu se remarcă virilism pilar. Dar aceasta nu exclude ipoteza despre care vorbim, deoarece şi alte fapte ale literaturii medicale arată posibilitatea unei asemenea disociaţii. Se ridică chiar problema pluralităţii hormonilor corticosuprarenali, cel care determină virilizarea putînd să difere de cel care determină depunerea adipoasă.

În ceea ce priveşte procentul diferitelor tipuri constituţionale a bolnavilor cu psihoze maniaco-depresive părerea autorilor este destul de variabilă.

K u r t K o l l e, care a studiat constituţia a 100 de alienaţi este de părere că numărul picnicilor nu depăşeşte pe acela al leptosomilor. În cercetările sale, H e n t r e l conchide că la femeile cu psihoze afective numărul cazurilor cu tip astenic este egal cu al celor cu tip picnic.

În Romînia, E l e n a D e r e v i c i, în teza sa privind 24 de cazuri de psihoze maniaco-depresive la femei găseşte 7 picnice şi 7 leptosome (astenice), restul fiind constituit de tipuri atletice şi mixte.

O d o b e s c u, la 10 bărbaţi găseşte 4 picnici şi 3 leptosomi. Unul din noi în teza sa de doctorat găseşte din 34 de cazuri de psihoze afective 15 astenici, 11 picnici, restul fiind atletici şi displastici.

К ВОПРОСУ О ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ РАЗЛИЧИЯХ У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХОЗАМИ МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНОГО ТИПА, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИХ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ

(КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ)

Томасси, Кретчмер и Ван дер Хорсж указывают, что больные паниакально-депрессивным психозом вообще отличаются «коротколинейиым» телосложением, что, однако, не всегда подтверждается.

Гипертиреоз же встречается очень часто при этом психозе. Как известно, это эндокринное расстройство связано с лептосомной конституцией.

Описываются 3 случая этого психоза (мании) у больных женского пола.

У первых двух больных, отличавшихся леитосомной конституцией и, следовательно, гиперфункцией щитовидной железы, отмечалась явная эйфория, выражеиный эротизм, отсутствие агрессивности и синтонизм.

Третий случай прииадлежал к ииой категории больиых, отличающихся раздражительностью, агрессивиостью, склоииостью к иронии, пониженным синтонизмом. В этих случаях, вероятно, имела место гиперфункция надиочечников.

SUR LES DIFFÉRENCES PSYCHOLOGIQUES DES MALADES ATTEINTS DE PSYCHOSES DU TYPE MANIACO-DÉPRESSIF, EN RAISON DE LEUR CONSTITUTION

(RÉSUMÉ)

Tomassi, Kretschmer, van der Horst ont démontré que d'habitude les malades souffrant de psychose maniaco-dépressive sont brévilignes, ce qui n'est pas toujours vérifié.

Mais l'hyperthyroïdisme est fréquent dans cette psychose et ce trouble entraine une constitution leptosome.

L'auteur présente l'observation de trois malades atteintes de cette psychose (manie). Les deux premières, qui avaient une constitution leptosome et, par conséquent, une hyperfonction thyroïdienne, présentaient une euphorie sincère, un érotisme accentué, elles étaient dépourvues d'agressivité et syntoniques. Le troisième cas faisait partie d'une autre catégorie, celle des malades caractérisés par l'irascibilité, l'agressivité l'ironie et un syntonisme réduit. Dans ces cas, il s'agit probablement d'une hyperfonction de la surrénale.

CERCETĂRI ASUPRA BĂTRÎNEȚII

PSIHIATRIA BĂTRÎNEȚII *

Comitetul de organizare al celui de Al XIII-lea congres al Societății romîne de neurologie, psihiatrie, psihologie și endocrinologie mi-a făcut onoarea de a mă însărcina cu prezentarea unei dări de seamă asupra psihologiei bătrîneții.

Partea clinică a acestui subiect fiind însă bine studiată în cele mai multe tratate de psihiatrie, voi aminti aici numai aspectele importante.

Voi lăsa cu desăvîrșire la o parte alterările cerebrale ale acestei psihoze a căror expunere revine prof. Urechia, însărcinat de asemenea cu o dare de seamă asupra acestei probleme.

În darea de seamă voi reaminti pe scurt partea clinică și, în afară de aceasta, voi insista asupra legăturilor dintre diferitele psihoze ale vîrstei involuției și ale bătrîneții cu însăși bătrînețea, asupra alterărilor glandelor endocrine în cursul acestor psihoze, ca și asupra patogeniei lor, strîns legată după părerea noastră, cu aceea a bătrîneții însăși.

Cea mai caracteristică psihoză a bătrîneții, este demența senilă. Ea reprezintă de fapt, o fază mai avansată a ceea ce se numește psihologia bătrîneții. Întîi se observă o scădere a capacității de a crea, de a combina, de imaginație, de critică, o micșorare progresivă a cercului de preocupări, diminuarea sentimentelor intelectuale, etice, sociale și chiar familiale, pentru a nu lăsa loc decît sentimentelor egoiste, în legătură cu necesitățile imediate (alimentație, tutun etc.). Se observă foarte adesea un sentiment de nemulțumire pentru tot ce este nou, stări de anxietate și avariție.

Dar cel mai caracteristic simptom care constituie baza psihopatologiei bătrîneții este pierderea memoriei, care se instalează progresiv, începînd prin pierderea capacității de a fixa impresii noi și de a le reda, pentru a sfîrși cu o alterare profundă a funcțiunilor mnezice, care îl face pe bolnav

* Raport prezentat la Al XIII-lea congres al Societății romîne de neurologie, psihiatrie, psihologie și endocrinologie, Sibiu, 1923. Publicat în „Bulletin de la Société roumaine de neurologie, psychiatrie, psychologie et endocrinologie", 1933, nr. 4.

încetul cu încetul, să fie încapabil de a-şi aminti evenimentele din trecut. Această pierdere a memoriei determină la bolnav o profundă dezorientare, ajungînd să creadă că trăieşte într-un timp destul de îndepărtat în trecut şi să se comporte, în raport cu felul în care înţelege situaţia.

Atenţia şi mai ales menţinerea atenţiei scad considerabil. Oscilaţiile de idei se fac încet şi cadrul lor este restrîns. Este frecvent fenomenul perseverării.

Percepţiile slăbesc în intensitate şi precizie. Iluziile sînt frecvente şi halucinaţiile se întîlnesc, după cîte se pare, într-o proporţie de aproape 50%.

Delirul nu este rar întîlnit. El îmbracă adesea o formă depresivă sau paranoidă. Bolnavii pretind că sînt ruinaţi, delapidaţi.

De asemenea, se poate observa un delir de gelozie care poate merge alături de erotismul însuşi al bolnavului.

Actele lui sînt o consecinţă a pierderii memoriei, atenţiei, şi a capacităţii de discernămînt, precum şi a prezenţei erotismului sugestibilităţii, a lipsei de voinţă sau de inhibiţie.

Bolnavii adesea îşi cheltuiesc averea cu femei de proastă condiţie, fac donaţii unor persoane care ştiu să profite de slăbiciunea lor psihică.

Stări confuzionale de scurtă durată (stări crepusculare) pot fi adesea observate în cursul demenţei senile.

Se observă o agitaţie nocturnă, care tulbură adesea somnul. Bolnavii prezintă un delir de ocupaţie.

Printre fenomenele somatice care se întîlnesc frecvent la demenţii senili trebuie reţinute simptomele parapiramidale, ca rigiditatea de tip parkinsonian, cu sau fără tremurături, şi manifestările somatice generale ale bătrîneţii asupra cărora nu pot insista aici. De altfel, am făcut acest lucru suficient în monografia publicată asupra bătrîneţii.

Descrierea de mai sus se referă la forma simplă a demenţei senile. Dar, se observă la persoanele în vîrstă şi alte forme de demenţă. Este adevărat că legăturile dintre ele şi demenţa senilă sînt încă discutate.

Întîi este presbiofrenia (numele i se datorează lui Wernicke), asupra căruia autorii sînt de acord să admită că este şi ea o formă de demenţă senilă.

După Kraepelin, presbiofrenia este caracterizată printr-o conservare a gîndirii şi a comportărilor, cu pierderea memoriei şi a atenţiei susţinute.

Bolnavii sînt de cele mai multe ori bine dispuşi şi amabili, politicoşi, mai rar puţin deprimaţi şi iritabili.

Memoria lor este profund atinsă, mai ales memoria, de fixaţie. Se observă fenomenele de „*jamais vu*" (niciodată văzut) şi putem spune de „*jamais perçu*" (niciodată perceput). Totuşi, anumite evenimente de înaltă tonalitate afectivă sînt reţinute de către bolnavi.

Tulburările orientării în timp şi spaţiu şi fabulaţia completează tabloul simptomatic. Ultimul simptom poate fi considerat ca un fel de ataxie a funcţiei mnezice şi a atenţiei.

Boala lui Alzheimer este considerată de majoritatea autorilor, începînd chiar cu cel care a descris-o, ca o formă particulară intrînd în cadrul demenţei senile.

După o perioadă prodromală, în timpul căruia nu pot fi găsite decît simptome subiective, ca cefalee, ameţeli, valuri de căldură, etc., bolnavul începe să decadă din punct de vedere psihic şi mai ales intelectual. Capacitatea de a înţelege şi a combina gîndurile scade în mod progresiv, cercul ideilor se restrînge din ce în ce. Atenţia ca şi memoria slăbesc în mod continuu. Bolnavii sînt dezorientaţi. În stradă, se rătăcesc. Sînt deprimaţi sau iritabili. Uneori se observă tendinţa de sinucidere.

Boala progresînd atinge şi unele mecanisme cerebrale care au rezistat mai bine în forma simplă a demenţei senile ca şi în presbiofrenie.

Atunci se observă tulburări de vorbire ca afazia amnezică, alexie, jargonafazie, agrafie, fenomene de surditate verbală, verbigeraţie, logoclonie, apoi tulburări agnozice, asimbolice, apraxice, de cecitate centrală (de care bolnavii nu-şi dau seama), de accese epileptiforme, halucinaţii, pe scurt se ajunge la această *simptomatologie în mozaic*, care, mai mult sau mai puţin, caracterizează această boală.

Bolnavii ajung la o stare de demenţă profundă, aproape nu mai vorbesc, nu mai mănîncă singuri, pierd materiile fecale şi urina în pat. Cuvintele dispar, mormăie ca animalele.

În această fază tîrzie se observă revenirea unor anumite reflexe ca cel al suptului. Se pot constata tulburări motrice parapiramidale, rigiditate pupilară. Contracţia în flexiune este frecventă. Boala poate avea o evoluţie îndelungată. S-au văzut cazuri a căror durată a fost de 8—13 şi chiar 20 de ani.

De asemenea, s-au descris formele psihotice ale demenţei senile cu stare depresivă, anxietate, idei ipohondriace etc.

Legăturile bolii lui Pick cu demenţa senilă sînt mai discutabile. Boala începe cu cefalee, insomnie, stări depresive sau anxioase. Se remarcă tulburări ale atenţiei, lipsa sentimentelor etice, sau mai curînd a conduitei etice. Bolnavii mint, fac datorii, fură, comit delicte de ordin sexual, se dezbracă în stradă etc. Se constată hipotonie sau flasciditate musculară survenind sub formă de accese.

Ei îşi pierd iniţiativa, prezintă logoree, tulburări afazice mai ales sub forma de afazie amnezică, dar şi afazie senzorială, a rîsului, a mimicii.

Au fost descrise o formă frontală, o alta parietală ca şi o formă temporală.

În prima, se remarcă tulburări motrice, afazie motrice, agrafie, bolnavii vorbesc, în general, puţin. Asociaţia de idei, imaginaţia sînt defectuoase.

Se observă tulburări de ordin asimbolic, apraxic, mai ales în forma parietală. Acelaşi lucru pentru tulburările vizuale. În formele temporale, pare mai frecventă afazia de înţelegere.

De asemenea, au fost remarcate forme de demenţă senilă cu slăbire progresivă sau cu predominarea simptomelor neurologice. A fost descrisă o formă de psihoză presenilă, de tip paranoid, anumite forme de tip melancolic, cu convulsii, pierderea cunoştinţei, hipertensiune intracraniană etc.

Înrudită cu demenţa senilă este demenţa arterio-sclerotică, mult timp confundată cu prima, şi diferenţiată datorită lucrărilor lui Alzheimer, Kraepelin etc.

Unele simptome prodromice ca insomniile, amețelile, pledează pentru arterioscleroza cerebrală. Epilepsia tardivă, ictusurile urmate de fenomene în focar; hemiplegie sau hemipareză, afazie, paralizie pseudobulbară, fenomenele de ordin parapiramidal au aceeași semnificație.

Dar aceste simptome diverse ale leziunilor, mai mult sau mai puțin grosolane, pot lipsi în focar și totuși demența să apară progresiv. În general s-a observat că ea este mai puțin accentuată decît cea senilă, în sensul strict al cuvîntului, că este mai incompletă, că „nucleul personalității" este păstrat, că bolnavul este conștient de bola lui.

Evident aceste lacune nu sînt totdeauna aceleași, dar putînd la același bolnav persista mai mult în timp decît în spațiu. Se remarcă un fel de scăderi și ridicări, de întunecare și de clarificare a stării psihice. Bolnavii sînt adesea deprimați, anxioși, iritabili. Este frecventă perseverarea. Tulburările de atenție sînt adesea destul de marcate. Se observă o dificultate în gîndire. Bolnavii sînt egocentrici și actele lor amintesc pe cele ale demenților senili. S-au constatat și crime sau delicte.

Boala poate îmbrăca forma bolii lui Alzheimer, sau cel puțin să semene cu ea, sau se poate prezenta sub forma sindromului lui Korsakov. Acesta din urmă poate apărea brusc ca apoi să dispară, sau poate persista nelimitat.

Dar tot ceea ce am spus nu are decît o valoare relativă. Nici un simptom pe care l-am menționat nu este patognomonic și același lucru este valabil și pentru fenomenele somatice din partea arterelor; hipertensiunea arterială nu se observă întotdeauna. Pe de altă parte existența arteriosclerozei în general nu implică existența unui proces asemănător de partea creierului.



Sînt mai multe probleme de discutat în ceea ce privește psihozele bătrîneții. Întîi este legătura între anumite psihoze și demența senilă. În ceea ce privește presbiofrenia, părerile sînt unanime sau aproape. Asupra bolii lui Alzheimer și a bolii lui Pick sînt încă discuții. Boala lui Alzheimer a putut fi observată (cazul lui Schnitzler) în cursul celei de-a IV-a decade. Dar alterările care o caracterizează sînt atît de des întîlnite în demența senilă, încît nu este locul de a face prea multe rezerve înainte de a o clasifica în cadrul acesteia. Cazul lui Schnitzler prezenta anumite simptome apropiate de mixedem, fapt care trebuie reținut pentru discuția patogeniei.

În boala lui Pick, leziunile fiind prea accentuate în anumite regiuni în comparație cu altele, s-a putut admite, cel puțin, intervenția unui factor supraadăugat.

În ceea ce privește legătura dintre demența senilă și bătrînețe, în sensul strict al cuvîntului, sau senilitate, totul pledează ca să admitem că prima nu este decît exagerarea celei de-a doua, sau uneori a celei de-a treia.

Alterațiile histopatologice sînt de aceeași natură ca și tulburările psihice care sînt exagerarea celor ale bătrîneții obișnuite. Dar evident trebuie adesea să luăm în considerație factorul constituțional și ereditar.

Dar acest factor trebuie avut în vedere şi în ceea ce priveşte bătrîneţea în general.

Mai trebuie să spunem cîteva cuvinte şi asupra psihozelor de involuţie căci vîrsta de involuţie poate fi considerată măcar ca începutul bătrîneţii. Este vorba de melancolia observată la menopauză şi care a fost considerată de către Kraepelin drept o formă separată, dar pe care a înglobat-o mai tîrziu, împreună cu Dreyfus, în psihozele maniaco-depresive. Mai este vorba şi de anumite forme de delir cronic halucinatoriu şi adesea destul de absurd, dar încă destul de sistematizat sau mai curînd despre cazuri cu disociere psihică importantă care sfîrşesc prin demenţă, ca şi cazurile pe care le-am studiat împreună cu Odobescu. Uneori ne aflăm în faţa unor forme confuzive semănînd cu demenţa precoce catatonică.

În cazurile pe care le-am publicat împreună cu Odobescu, am atribuit tulburărilor psihice o patogenie glandulară tiroovariană. Obregia şi Bruteanu au afirmat că anumite cazuri de delir de tip paranoid au o patogenie tiroidiană, părere pe care o împărtăşim şi noi. Nu există nici un dubiu asupra tulburărilor glandulare în melancolia de involuţie, tulburări tiroovariene şi după cît se pare şi hipofizare, deşi este cert că există o oarecare predispoziţie (ea însăşi datorită unui anumit dezechilibru glandular sau metabolic). Dar care este patogenia psihozelor senile în sensul strict al cuvîntului?

Totul pledează pentru ideea că demenţa senilă nu este decît o expresie a bătrîneţii pronunţate şi uneori accelerate a creierului. Patogenia primei s-ar confunda atunci cu a celei de-a doua. În lucrarea mea asupra bătrîneţii, în general, am făcut un studiu destul de amplu al acestei probleme, asupra căreia nu voi mai reveni cu detalii în plus. Voi spune doar că la baza fenomenelor senile se pare că ar fi un proces de ordin general, probabil o intoxicaţie cu produse de dezasimilare, cu toate că această explicaţie nu este decît o ipoteză.

Acest proces general alterează funcţiunea diverselor organe, în mod direct, într-o măsură care în prezent nu se poate preciza, sau în mod indirect prin răsunetul pe care tulburările funcţionale ale unor organe îl au asupra altora.

Printre acestea, organele care reglează metabolismul, trebuie să aibă un rol important.

Am citat glandele cu secreţie internă.

În monografia sus arătată şi în *Tratatul de endocrinologie*, pe care l-am publicat împreună cu Goldstein, am vorbit despre alterările glandelor endocrine în decursul bătrîneţii.

Aceste organe se găsesc de asemenea alterate în demenţa senilă.

Tiroida, a cărei greutate medie este cu ceva sub greutatea normală, prezintă foliculi atrofici şi foarte ectaziaţi, adesea cu coloid bazofil. Celulele sînt supraîncărcate cu granulaţii lipoidice. Adesea se întîlnesc procese de scleroză. Cel mai adesea glanda se află în stare de hipofuncţie (a se vedea şi *Tratatul nostru de endocrinologie*. vol. I[1]).

---

[1]) Bucureşti, 1923.

Paratiroidele au fost mai puţin studiate. Dar trebuie să ne aşteptăm să găsim în aceste organe leziuni în decursul bătrîneţii în general, prezenţa celulelor încărcate de lipoizi, prezenţa a numeroase eozinofile, aşezare lobulară de celule parenchimatoase etc.

Modificările hipofizei, în demenţa senilă, au fost şi mai puţin studiate. Cele mai caracteristice par să fie abundenţa de ţesut conjunctiv şi de coloid în lobul anterior, şi chiar supraîncărcarea celulelor cu substanţe lipoidice (Zalla, Parhon şi d-na Briese etc.).

Cercetările lui Labrazé şi Husnot şi ale mele arată că suprarenalele se hipertrofiază în demenţa senilă ca şi în demenţa arteriosclerotică. Starea lor de hiperactivitate pare să intervie în patogenia celei din urmă şi chiar a celei dintîi.

Laignel-Lavastine este tot atît de înclinat să admită rolul patogenic al acestor organe în anumite demenţe cu evoluţie rapidă.

Alterările ovarelor şi ale testiculelor sînt şi mai puţin studiate. În ceea ce priveşte testiculele, ele constau mai ales în atrofie şi din încărcarea lipoidică a tubilor seminiferi. Glanda interstiţială este destul de bogată în lipoizi. Pancreasul pare frecvent atins de scleroză în demenţa senilă. Într-un caz am întîlnit şi concreţiuni calcaroase.

Ficatul pare adesea atins de o supraîncărcare grasă a celulelor şi este frecventă litiaza biliară (în 2 cazuri din 4). Insuficienţa hepatică ar putea să aibă partea sa în demenţa senilă şi în general în psihozele bătrîneţii.

Rinichii prezintă mai ales leziuni de scleroză; în afară de aceasta, tubii conţin foarte adesea albumină coagulată (3 cazuri din 4 pe care le-am studiat).

Deci, alterările glandelor endocrine par a fi o regulă în demenţa senilă şi este foarte verosimil că tulburările lor funcţionale intervin în patogenia acesteia şi chiar şi în demenţa arteriosclerotică, şi în general în psihozele de involuţie.

Nu vom da aici detalii bibliografice.

Vom trimite pe cititor la monografia pe care am publicat-o asupra bătrîneţii în general [1]) şi chiar la lucrările lui Runge şi tratatul de psihiatrie de Bunke.

ПСИХИАТРИЯ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

(КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ)

В настоящем докладе автор анализирует клиническую сторону вопроса, связь старческих психодов и психозов инволюционного возраста с процессом собственно старения; рассматриваются также эндокринные расстройства и патогенез этих болезней.

[1]) *Bătrîneţe, senilitate, psihozele vîrstei de involuţie, demenţa senilă, demenţa arteriosclerotică*, Iaşi, 1925.

Автор указывает на основные симптомы старческого слабоумия: сужение круга интересов больного, эгоизм, прогрессивная утрата памяти, ослабление внимания и восприятия, совершение деликтов, соматические изменения паркинсоновского типа и др.

Затем описываются те патологические состояния, которые автор рассматривает как особые формы старческого слабоумия или как близкие к этому состоянию психозы.

Пресбиофрения характеризуется сохранением мышления и нормального поведения при утрате памяти и способности к длительному напряжению внимания. Эта болезнь включается автором в рамки старческого слабоумия.

Связь болезни Альцгеймера и болезни Пика с этим психозом является более спорной.

Артериосклеротическое слабоумие весьма близко к старческому, однако здесь в качестве продромальных явлений отмечаются головокружения, бессонница; нередко наблюдаются очаговые явления, а выраженность слабоумия менее значительна.

Описываются также инвалюционные психозы: меланхолия, наступающая во время менопаузы, некоторые формы хронического галлюцинаторного бреда и др.

Патогенез старческого слабоумия является общим и для самой старости. Автор высказывает предположение, что в основе этой болезни находится интоксикация продуктами диссимиляции. Эндокринные железы нередко оказываются пораженными при старческом слабоумии. Щитовидная железа дает картину гипофункционального состояния (атрофия фолликулов, склероз). Надпочечники оказываются гиперфункционирующими (возможно, что они играют определенную роль в патогенезе некоторых форм старческого слабоумия или артериосклеротического слабоумия Леньель-Лявастина).

Яички представляют атрофическую картину, отмечаются липоидные отложения в семенных канальцах. Интерстициальная железа содержит сравнительно большое количество липоидов. В печени, поджелудочной железе, почках наблюдаются склеротические изменения.

LA PSYCHIATRIE DE LA VIEILLESSE

(RÉSUMÉ)

L'auteur étudie le côté clinique de ce problème, les connexités des psychoses de la vieillesse et de l'âge de l'involution avec la vieillesse elle-même, les altérations endocriniennes et la pathogénie de ces affections.

On insiste sur les symptômes essentiels de la démence sénile : le cercle des préoccupations qui devient de plus en plus étroit, l'égoïsme, la perte progressive de la mémoire et de l'attention, la diminution des

perceptions, les actes délictuels, les modifications somatiques du type parkinsonien, etc.

On étudie ensuite ce que l'auteur considère comme formes particulières de la démence sénile ou des psychoses voisines.

La presbyophrénie est caractérisée par la conservation d'une pensée et d'un comportement normal, avec perte de la mémoire et de l'attention soutenue. Elle rentre dans le cadre de la démence sénile.

Les connexités de la maladie d'Alzheimer et de la maladie de Pick avec cette psychose sont plus discutables.

La démence artériosclérotique est très proche de la démence sénile, mais ses prodromes sont les vertiges, les insomnies. Souvent on observe des phénomènes en foyer ; le degré de demence est alors moindre.

On décrit également les psychoses d'involution : la mélancolie de ménopause, certaines formes de délire hallucinatoire, etc.

La pathogénie de la démence sénile est la même que celle de la vieillesse. L'auteur [émet l'hypothèse qu'à l'origine de cette dernière se trouverait une intoxication par des produits de désassimilation. Les glandes endocrines sont souvent altérées, dans la démence sénile. La thyroïde a un aspect hyperfonctionnel (atrophie des vésicules, sclérose). Les surrénales paraissent être en hyperfonction (elles ont peut-être un certain rôle dans la pathogénie de certaines formes de démence sénile ou artériosclérotique (Laignel—Lavastine).

Les testicules offrent un aspect atrophique et une dégénérescence lipoïdique des tubes séminifères. La glande interstitielle est relativement riche en lipoïdes. Le foie, le pancréas, les reins présentent des lésions de sclérose.

MANIFESTĂRI PSIHOPATOLOGICE LA BĂTRÎNI*

Din punct de vedere clinic, există o serie de aspecte și de tulburări organice care ne permit să vorbim de simptome de îmbătrînire, chiar la oamenii care nu au intrat încă în această fază a evoluției lor.

Întrebarea care se ridică pentru noi este aceea de a ști, dacă, și în cadrul activității psihice, putem găsi manifestări cu caracter specific bătrîneții: manifestări care, întîlnite în epoca tinereții sau a maturității să ne permită să vorbim de simptome de îmbătrînire psihică prematură.

Credem că, din comunicarea de față a primelor rezultate ale cercetărilor noastre, putem desprinde o serie de caracteristici care să ne poată deocamdată servi drept criterii de vîrstă și de îmbătrînire.

Am examinat în Institutul de geriatrie 250 de bătrîni, dintre care 180 de femei și 70 de bărbați, între 50 și 97 de ani. O sută dintre ei provin din secția cămin și au condiții de viață aproximativ identice, iar 150 din secția spital, avînd condiții de viață ce variază în raport cu familiile din care fac parte.

La acești bătrîni, am urmărit:

a) tulburările psihice frecvente la bătrîni;
b) tulburările psihice în raport cu vîrsta și sexul;
c) tulburările psihice în raport cu tipul de sistem nervos;
d) corelația dintre tulburările psihice și afecțiunile organice.

Ca metodă de investigare, ne-am folosit de anamneza tipologică, un chestionar special pentru depistarea tulburărilor psihice, observația directă experimentul asociativ, reflexe condiționate motoare.

---

* În colaborare cu R. Felix și E. Semen. Publicată în „Studii și cercetări de endocrinologie" iul. — dec. 1955, t. VI, nr. 3—4.

REZULTATE

a. *Tulburările psihice frecvente la bătrîni*

Lotul de bătrîni studiaţi (bărbaţi şi femei) prezintă tulburări psihice în 65% din cazuri, aceste tulburări manifestîndu-se prin diferite grade de dezechilibru, de la uşoare, la grave.

Am mai găsit şi tulburări ale intelectului în 70% din cazuri, asociate cu tulburările mai sus menţionate, precum şi în afara acestora, şi anume la bătrînii cu echilibrul psihic păstrat.

Tulburările frecvente la bătrîni sînt : labilitate afectivă, întîlnită în 35% din cazuri, nervozism, în 58% din cazuri, iritabilitate, irascibilitate impulsivitate, despresiune de reacţie, în 58% din cazuri, logoree, în 40% din cazuri, vorbă lentă şi rară, în 30% din cazuri, stereotipii în vorbire şi mişcare, în 60% din cazuri, bulimie, în 55% din cazuri, manifestări paranoide, demenţă senilă, în 13% din cazuri, tulburări de atenţie, în 51% din cazuri, tulburări de memorie, în 54% din cazuri, tulburări de gîndire, în 59% din cazuri.

b. *Tulburări psihice în raport cu vîrsta şi sexul*

Decada între 50 şi 60 de ani :

Femeile între 50 şi 60 de ani (30 de cazuri) manifestă următoarele tulburări : depresiune afectivă în 76% din cazuri, manifestări pitiatice în 65% din cazuri, labilitate afectivă în 57% din cazuri, manifestări impulsive în 40% din cazuri, manifestări psihastenice în 11% din cazuri, logoree în 42% din cazuri, manifestări paranoide în 21% din cazuri, manifestări schizoide în 6% din cazuri, tulburări de atenţie în 38% din cazuri, tulburări de gîndire în 52% din cazuri, tulburări de memorie în 18% din cazuri.

Bărbaţii între 50 şi 60 de ani (10 cazuri) prezintă următoarele tulburări : labilitate afectivă în 80% din cazuri, E.S. $\pm$ 13, tulburări depresive în 85% din cazuri, E.S. $\pm$ 13, pitiatism 50% din cazuri, E.S. $\pm$ 16, oboseli şi psihastenie în 33% din cazuri, E.S. $\pm$ 15, logoree în 33% din cazuri, E.S. $\pm$ 15, manifestări paranoide în 10%, E.S. $\pm$ 9, tulburări de atenţie în 16% din cazuri, E.S. $\pm$ 12, tulburări de memorie în 16% din cazuri E.S. $\pm$ 11, tulburări de gîndire în 19% din cazuri, E.S. $\pm$ 12.

Decada între 60 şi 70 de ani :

Femeile între 60 şi 70 de ani (63 cazuri) prezintă următoarele tulburări : stări depresive în 47% din cazuri, labilitate afectivă în 40% din cazuri, nervozism în 30% din cazuri, manifestări histeroide în 15% din cazuri, psihastenie în 6,5% din cazuri, logoree în 22% din cazuri, manifestări paranoide în 22% din cazuri, manifestări schizoide în 5% din cazuri, demenţă senilă în 8% din cazuri, tulburări de atenţie în 16% din cazuri, tulburări de memorie în 29% din cazuri, tulburări de gîndire în 31% din cazuri.

Bărbaţii între 60 şi 70 de ani (20 de cazuri) manifestă stări depresive în 37% din cazuri, S.E. ± 13, labilitate afectivă în 32% din cazuri,E.S. ± 10, nervozism în 26% din cazuri, E.S. ± 9, manifestări psihastenice în 10% din cazuri, E.S. ± 7, manifestări histeroide în 7% din cazuri, E.S. ± 5, manifestări paranoide în 27% din cazuri, E.S. ± 9, manifestări schizoide în 12% din cazuri, E.S. ± 7, logoree în 28% din cazuri, E.S. ±10 tulburări de atenţie în 13% din cazuri, E.S. ± 10, tulburări de memorie în 21% din cazuri, E.S. ± 9, tulburări de gîndire în 25% din cazuri, E.S. ± 9.

Decada între 70 şi 80 de ani :

Femeile între 70 şi 80 de ani (60 de cazuri) prezintă : nervozism în 45% din cazuri, manifestări depresive în 44% din cazuri, labilitate afectivă în 39% din cazuri, manifestări histeoroide în 18% din cazuri, manifestări obsesive şi psihastenice în 3% din cazuri, logoree în 36% din cazuri, manifestări paranoide în 36% din cazuri, manifestări schizoide în 3% din cazuri, demenţă în 8% din cazuri, tulburări de atenţie în 36% din cazuri, tulburări de memorie în 54% din cazuri, tulburări de gîndire în 56 % din cazuri.

Bărbaţii între 70 şi 80 de ani (25 de cazuri) manifestă depresiune reactivă în 33% din cazuri, E.S. ± 9, labilitate afectivă în 25% din cazuri, E.S. ± 8, nervozism în 39% din cazuri, E.S. ± 9, logoree în 18% din cazuri, E.S. ± 7, manifestări obsesive şi psihastenice în 12% din cazuri, E.S. ± 6, manifestări paranoide în 14% din cazuri, E.S. ± 6, demenţă în 16% din cazuri, E.S. ± 7, tulburări de atenţie în 38% din cazuri, E.S. ± 9, tulburări de memorie în 48% din cazuri, E.S. ± 10, tulburări de gîndire în 41% din cazuri, E.S. ± 9.

Decada între 80 şi 90 de ani :

Femeile între 80 şi 90 de ani (20 de cazuri) prezintă nervozism în 50% din cazuri, E.S. + 15, manifestări depresive în 50% din cazuri, E.S. ± 15, labilitate afectivă în 32% din cazuri, E.S. ± 10, manifestări psihastenice în 7% din cazuri, E.S. ± 8, logoree în 36% din cazuri, E.S. ± 10, manifestări paranoide în 21% din cazuri, E.S. ± 9, demenţă în 26% din cazuri, E.S. ± 10, tulburări de atenţie în 59% din cazuri, E.S. ± 11, tulburări de memorie în 72% din cazuri, E.S. ± 8, tulburări de gîndire în 74% din cazuri, E.S. ± 9.

Bărbaţii între 80 şi 90 de ani (17 cazuri) prezintă nervozism în 38% din cazuri, E.S. ± 12, manifestări depresive în 55% din cazuri, E.S. ± 12, labilitate afectivă în 35% din cazuri, E.S. + 15, logoree în 26% din cazuri, E.S. ± 11, manifestări paranoide în 17% din cazuri, E.S. ± 9, tulburări de memorie în 58% din cazuri, E.S. ± 11, tulburări de gîndire în 61% din cazuri, E.S. ± 11, tulburări de atenţie în 57% din cazuri, E.S. ± 11.

Decada între 90 şi 100 de ani :

În această grupă intră un total de 5 cazuri dintre care în trei cazuri există echilibru psihic şi suficiente posibilităţi intelectuale ; în 2 cazuri, labilitate afectivă, stări depresive, logoree ; într-un caz, paranoie.

c. *Tulburările psihice în raport cu tipul de sistem nervos*

Bătrînii cu tulburări psihice se încadrează în prezent în tipul de sistem nervos puternic dezechilibrat varianta intermediară[1]) dezechilibrată şi tipul slab.

Bătrînii cu echilibru psihic, însă cu degradări intelectuale, fac parte din tipul de sistem nervos slab sau din varianta intermediară echilibrată.

Spre deosebire de aceştia, bătrînii cu echilibrul psihic şi cu capacitatea intelectuală păstrată, aparţin tipului puternic şi variantei intermediare.

d. *Corelaţia dintre tulburările psihice şi afecţiunile organice*

Am căutat să vedem dacă există vreo corelaţie între frecvenţa tulburărilor organice şi tulburările psihice.

La bătrînii cu tulburări psihice, cea mai frecventă era corelaţia dintre hipertensiunea arterială şi stările depresive — nervozism (52% din cazuri), şi dintre hipertensiunea arterială şi tulburările paranoide (77% din cazuri).

Între celelalte afecţiuni organice şi tulburările psihice, nu am găsit corelaţii concludente, decît în ceea ce priveşte arterioscleroza, pe care am constatat-o mult mai frecvent la bătrînii cu tulburări psihice. În ce priveşte bătrînii fără tulburări psihice, am constat că, la aceştia, tulburările organice au o intensitate slabă.

DISCUŢII

Bătrîneţea, ca o distrofie generală, impune organismului o serie de modificări, între care trebuie considerate şi tulburările proceselor psihice. Desigur că transformările organice (tulburări endocrine, tulburări în funcţiunea sistemului nervos central, tulburări în restul organismului — fiziologice, morfologice, chimice) care se produc treptat duc şi la tulburări ale activităţii nervoase superioare.

Din datele expuse mai sus rezultă că bătrînii între 50 şi 100 de ani prezintă maximum de dezechilibru psihic în cadrul decadei 50—60 de ani, iar maximum de degradare intelectuală după 80 de ani. În acest sens, bătrînii în vîrstă de 50—60 de ani manifestă o criză psihică al cărei conţinut diferă în parte, în funcţiune de sex.

Astfel criza psihică a femeilor între 50 şi 60 de ani se manifestă sub mai multe aspecte : foarte accentuată labilitate afectivă, nervozism exagerat, logoree, tulburări cu caracter histeroid, depresiune marcată, în unele cazuri manifestări de grandoare, sentimente de inferioritate fizică.

Criza psihică din această decadă este condiţionată, în afara factorilor organici menţionaţi, şi de antecedentele psihopate, precum şi de condiţiile

---

[1]) În varianta intermediară intră bătrînii care prin pragul energiei proceselor nervoase de excitaţie şi inhibiţie se situează între tipul puternic şi tipul slab şi de asemenea bătrînii la care unele manifestări ale energiei sînt comune cu tipul puternic, iar altele, comune cu tipul slab.

generale de viață, care amplifică sau atenuează dezechilibrul psihic amintit.

Dintre factorii organici, se pare că la această vîrstă un rol important îl joacă modificările hormonale apărute în cadrul menopauzei. Acad. Parhon (4) în coloborare cu A. Dănilă menționează că, în jurul vîrstei de 55 de ani, are loc finalul menopauzei, care desigur are un răsunet asupra crizei psihice. Acad. Milcu vorbește de o accelerare a fenomenelor de îmbătrînire determinată de încetarea funcțiunii foliculinice a ovarului, care ar avea loc numai către vîrsta de 60 de ani.

Răsunetul modificărilor endocrine din cadrul menopauzei este în legătură și cu viața sexuală trecută și prezentă. Dezechilibru psihic la menopauză se întîlnește într-un număr mai mare de cazuri la femeile care nu au avut o viață sexuală normală sau la acelea care manifestă la menopauză un hipererotism sexual.

Un mare procent dintre femeile studiate de noi, cu dezechilibru psihic la menopauză, au fost și în trecut traumatizate, fie prin traume puternice, fie prin traume mici și repetate. Unele dintre ele au avut tulburări de caracter anterior menopautzei — 28% din cazuri — altele, echilibrate în trecut, s-au dezechilibrat în cursul acestei decade.

În general, femeile studiate din această decadă provin din mediul urban, au avut condiții educative defavorabile, nu au fost supuse unui regim riguros de muncă. De altfel, numai un mic număr provin din mediul muncitoresc.

De asemenea, concepția generală de viață are o influență asupra dezechilibrului psihic. Astfel, femeile care au avut drept principală preocupare cochetăria și alte interese legate exclusiv de viața sexuală, se dezechilibrează mult mai ușor, deoarece temîndu-se de sfîrșitul vieții sexuale, nu mai găsesc un sens vieții, nu-i mai găsesc un conținut. Dimpotrivă, femeile a căror preocupare esențială este viața de familie, munca organizată și productivă, cu răspundere socială, trec mai ușor peste această criză, încadrîndu-se ulterior normal în viața socială. Sînt totuși unele femei cu viață de familie, de muncă organizată, care fac o menopauză zgomotoasă datorită faptului că își dau seama de dezacordul dintre capacitatea lor organică, capacitatea lor de muncă scăzută, și multiplele solicitări ale mediului. Unele dintre aceste femei fac tulburări psihotice grave — melancolie, psihoză maniacală.

În general, femeile la menopauză, cu excepția celor demențiate și a celor care își păstrează echilibrul psihic, au pe lîngă tulburările mai sus menționate, și o serie de alte tulburări, și anume : devin moraliste, invidioase, pedante, intrigante, unele avînd complexe de persecuție. Aceste din urmă tulburări dispar sau se atenuează în raport cu vîrsta.

La bărbații examinați, urmărind tulburările psihice pentru aceeași decadă, am constatat că, deși în unele cazuri se constată un dezechilibru destul de pronunțat, totuși își păstrează echilibrul psihic într-o măsură mai mare decît femeile. Și la aceștia am întîlnit stări depresive, manifestări histeroide, obsesii și psihastenii, labilitate afectivă, logoree, sentimente de inferioritate fizică.

Cea mai mare parte dintre bărbații cu tulburări psihice în această epocă provin dintre aceia care acuză o dereglare a vieții sexuale, fie prin hipogonadism, fie prin alte tulburări endocrine asociate sau prin alte tulburări funcționale.

Este de semnalat că bărbații, chiar dacă nu au avut drept preocupare centrală viața sexuală, sînt foarte puternic impresionați de începutul involuției organice, din care cauză trăiesc o profundă depresiune, care influențează adînc capacitatea lor de muncă fizică și intelectuală, și coeficientul lor de sociabilitate.

Manifestarea crizei psihice pentru ambele sexe se vădește printr-un continuu erotism psihic, care reprezintă lupta sufletească a individului împotriva bătrîneții. Individul ajunge în această epocă la o epuizare nervoasă, la o rupere a echilibrului dintre procesele de excitație și cele de inhibiție, la instalarea unui pronunțat dezechilibru al activității nervoase superioare (4).

Un aspect care ni se pare interesant de semnalat este paranoia reactivă de involuție, care își face debutul la bătrîni începînd din această decadă. Conștienți de începutul involuției, majoritatea bătrînilor refuză să accepte ideea îmbătrînirii, și, ca o compensare, caută să se impună celor din jur, precum și lor înșiși, printr-o exagerare sau inventare a meritelor din trecut și din prezent. *Caracteristica manifestărilor paranoide la bătrînețe constă în tendința de a-și atribui merite specifice tinereții* și de a amplifica mult unele merite din trecut, merite despre care au impresia că nu sînt suficient de recunoscute în prezent, fapt pentru care se simt neînțeleși, subestimați și intră în conflict cu cei din jur.

Trebuie să subliniem faptul că bătrînii din secția spital, încadrați în mediul familial, prezintă tulburări paranoide într-un procent ceva mai mic față de cei din secția cămin, care, încadrați într-un colectiv alcătuit exclusiv din bătrîni, duc o viață agitată datorită tulburărilor psihice și în special datorită hipertrofiei eului pe care o fac în majoritatea cazurilor.

Tulburările psihice întîlnite pentru decada 50—60 de ani se mențin și pentru decadele următoare, dar în proporții mult mai reduse. Astfel, tulburările pitiatice, care pentru decada 50—60 de ani se constată în 65% din cazuri, pentru decada 60—70 de ani se observă numai în 15% din cazuri. Tot astfel tendințele depresive hipocondriace întîlnite în 76% din cazuri pentru decada 50—60 de ani sînt întîlnite în 47% din cazuri pentru decada 60—70 de ani. Labilitatea afectivă observată în 57% din cazuri pentru decada 50—60 de ani, se constată în 40% din cazuri pentru decada 60—70 de ani. În schimb, am găsit o ușoară degradare intelectuală la un grup de bătrîni, manifestări paranoide în 22% din cazuri și în puține cazuri demență senilă — 6% din cazuri, fiind mai accentuată la bărbați.

Faptul că tulburările psihice, cu excepția ușoarei degradări intelectuale, dar cu păstrarea intactă a gîndirii, sînt mai atenuate decît la decada anterioară, credem că și-ar găsi explicația în aceea că există epoci de stimulare relativă a vieții psihice. În acest sens îl cităm pe A s c h o f f care vorbește de o curbă vitală a tiroidei. După acesta, faza corespunzătoare tiroidei ar fi epoca prepuberală, menopauza și bătrînețea.

Noi presupunem că echilibrul pe care îl au bătrînii din această decadă este probabil datorit pe de o parte faptului că unele tulburări neuro-vegetative apărute la menopauză dispar după 60 de ani, iar pe de altă parte adaptării lor psihice la noile condiții de viață, pe care însuşi organismul le impune.

În ce priveşte decada 70—80 de ani, sub unele aspecte tulburările psihice întîlnite în această perioadă sînt apropiate de cele constatate la 60—70 de ani, cu excepția unei uşoare tendințe de scădere a reactivității afective şi de îngustare a sferei de interese, acestea axîndu-se pe o linie mai mult egocentrică.

Unul dintre noi, acad. Parhon, a semnalat încă de mult că afectivitatea scade în mod progresiv la bătrîni, putîndu-se vorbi de o îngustare a cîmpului afectiv. Sentimentele intelectuale şi estetice sînt primele care dispar; urmează apoi interesul pentru chestiunile de ordin social, politic etc. şi în sfîrşit, sentimentele față de prieteni, apoi față de familie (3).

În ce priveşte degradarea intelectuală, sînt de menționat în general accentuarea slăbirii memoriei, stereotipii în gîndire, slăbirea spiritului critic şi creşterea sugestibilității, apariția simptomului detaliilor.

Printre tulburări am mai întîlnit paranoia în 25% din cazuri, în special la femei, demența senilă în 10% din cazuri, în majoritate la bărbați, şi, în foarte puține cazuri, bulimie.

Un număr redus de bătrîni îşi mențin o bună capacitate intelectuală, în unele cazuri păstrîndu-şi chiar posibilități creatoare.

Pentru decada 80—90 de ani, este caracteristică accentuarea degradării intelectuale, o mare îngustare a sferei de interese, creşterea accentuată a egocentrismului, o nivelare a asperităților de dezechilibru printr-o accentuată scădere a posibilităților reactive, adăugîndu-se o creştere a frecvenței demenței senile (25% din cazuri) şi a psihasteniei (17% din cazuri) şi o atenuare a manifestărilor paranoide.

De semnalat un număr redus de bătrîni care îşi păstrează o bună capacitate de muncă intelectuală.

În decada 90—100 de ani avem 5 cazuri, dintre care 3 dau dovadă de suficiente posibilități intelectuale, cu afectivitate destul de bogată, cu preocupări ce depăşesc cadrul egocentric. În ce priveşte restul de doi bătrîni, unul este dement paranoic, iar celălalt are posibilități intelectuale regresive, puerilism.

Trebuie să amintim faptul că intensificarea sau scăderea activității nervoase superioare, după cum observă Rotacker, Gakkel, Zinin şi alții, nu merge totdeauna paralel cu vîrsta întrucît, chiar la vîrste înaintate, putem găsi bătrîni care îşi păstrează puterea de activitate intelectuală şi pot produce opere capitale. În genere, unii bătrîni au o mare putere de reactivitate. În această categorie se integrează şi unii dintre bătrînii observați de noi.

Aceşti bătrîni (35%), indiferent de vîrstă, se recrutează dintre cei care au avut şi în trecut un tip de sistem nervos puternic şi care au avut de-a lungul existenței condiții de viață favorabile. Acest grup se încadrează în prezent, participă la viața socială şi manifestă, în genere, interes pentru problemele culturale, artistico-politice.

Din acest grup, un număr redus au posibilități intelectuale de creație. Cităm în acest sens cîteva cazuri : un poet care scrie la 74 de ani poezii originale și valoroase, o profesoară care la 90 de ani dă lecții de limbi străine și este capabilă să-și însușească noi cunoștințe științifice. Un alt bătrîn învață la 70 de ani să țeasă covoare, deși în trecut nu a avut preocupări similare. Sînt numeroase exemplele de acest fel.

De altfel, M i z r u k i n, în cercetarea aspectului neuropsihic la un lot de bătrîni, din Ucraina și Abhazia, în vîrstă de 95—140 de ani, nu a găsit de asemenea tulburări psihice de tip psihogen sau psihiatric și în genere, nici crize senile (citat după (3)).

În concluzie, acest dezechilibru al proceselor corticale este fluctuant pentru diferitele decade, fiind mai accentuat petru decada între 50 și 60 de ani.

Dezechilibrul accentuat pentru decada între 50 și 60 de ani credem că este tranzitoriu, întrucît el se atenuează după 60 de ani, atenuare care se produce la un prag funcțional mai scăzut în raport cu ceea ce a fost inițial, prag care continuă să scadă din ce în ce mai mult după 70 de ani. De altfel, se știe că la bătrînețe, organismul prezintă un minus funcțional sub toate aspectele. Ca atare, și activitatea nervoasă însăși manifestă o scădere progresivă a posibilităților de reactivitate, probabil datorită modificărilor biochimismului cerebral.

Din datele prezentate de noi rezultă că cei 250 de bătrîni studiați în Institutul de geriatrie prezintă în 65% din cazuri tulburări psihice. Unele dintre aceste tulburări datează dinainte de apariția bătrîneții și se accentuează o dată cu înaintarea în vîrstă, altele sînt tranzitorii, iar altele sînt specifice bătrîneții, apărînd în special după 70 de ani.

Dintre tulburările psihice constatate la grupul de mai sus, și pe care le considerăm specifice bătrîneții, sînt : degradarea intelectuală, scăderea spiritului critic, scăderea reactivității afective, care uneori poate merge pînă la indiferentism ; stereotipii în mișcare și vorbire ; logoree ; tulburări paranoide reactive, cu caracter specific involuției, demență senilă.

Ceilalți bătrîni (35%) prezintă un echilibru psihic cu o bună conservare a intelectului, unii dintre ei avînd încă o mare putere de muncă.



Raportînd tulburările psihice la tipul de sistem nervos, se constată frecvența lor la bătrînii care în prezent aparțin tipului de sistem nervos slab și dezechilibrat.

O parte dintre aceștia au avut și în trecut tulburări psihice, care s-au accentuat la bătrînețe. Alții par să fi fost echilibrați în tinerețe și la maturitate, și s-au dezechilibrat la bătrînețe.

Dezechilibrul psihic la cei care au fost echilibrați în trecut se explică prin influența unor factori organici și sociali defavorabili.

Dezechilibrul psihic la bătrîni ridică problema mecanismului său funcțional. Este oare dezechilibrul psihic datorit unei predominanțe a excitabilității, sau este el datorit unei deficiențe a procesului de inhibiție ?

Autorii sovietici G a k k e l și Z i n i n socotesc că în spiritul concepției pavloviste, tulburările activității corticale la bătrîni se produc prin

tulburarea procesului de inhibiție și a procesului de mobilitate. Noi credem însă că și intensitatea procesului de excitație suferă modificări, o dată cu îmbătrînirea. În acest sens, noi am constat la bătrînii studiați, în afara modificărilor inhibiției și mobilității, o scădere a procesului de excitație. De altfel, însuși I. P. Pavlov a afirmat că, la bătrînețe, celulele corticale au o capacitate funcțională scăzută (7).

În timp ce dezechilibrul psihic descrește cu vîrsta, degradarea intelectuală crește o dată cu înaintarea în vîrstă, îmbrăcînd chiar aspecte de demență.

Printre procesele psihice fundamentale care suferă la bătrînețe, trebuie să subliniem că atenția și memoria prezintă tulburări însemnate.

Atenția se păstrează în genere, totuși puterea de concentrare este slăbită și fluctuantă, datorită îngustării sferei intereselor individului. La aceasta se mai adaugă și accentuarea egocentrismului, precum și reducerea, uneori tocirea, manifestărilor afectivității, din care cauză receptivitatea și adaptarea bătrînului la situații noi este redusă, axîndu-se numai pe linia păstrării convențiilor sociale și a obișnuințelor (4). Trebuie să remarcăm însă că la unii bătrîni, este vorba de alterări însemnate ale scoarței cerebrale, păstrarea automatismului putînd ascunde pentru un observator neprevenit deficitul profund al funcțiilor psihice, ca în forma demenței senile numită de Wernicke presbiofrenie.

Memoria este în genere mai alterată decît atenția. Bătrînii rețin cu greu date și impresii noi, aducîndu-și în schimb mult mai ușor aminte evenimentele din trecut. Memoria afectivă este mai bine păstrată decît celelalte forme ale memoriei.

Degradarea memoriei de fixare este progresivă, ajungînd în cazurile de demență senilă la o totală imposibilitate de a mai fixa impresii. Pierderea memoriei în demență poate merge pînă la imposibilitatea evocării evenimentelor din trecut. De exemplu, unii bătrîni demențiați au uitat numărul copiilor lor.

Tulburările de gîndire — asupra cărora vom reveni în altă lucrare, de altfel ca și asupra tulburărilor de memorie — se manifestă sub mai multe aspecte. Raționamentul se menține în majoritatea cazurilor corect în cadrul problemelor de mult cunoscute, în schimb își pierde din suplețe și corectitudine cînd este aplicat la probleme noi, deoarece bătrînii stabilesc cu greutate legături noi, fapt pentru care sînt refractari noului. Spiritul critic scade foarte mult, bătrînul interpretînd unele date în funcție de egocentrismul său exclusivist. Prin scăderea spiritului critic și a funcțiilor intelectuale, bătrînii devin, în genere, foarte sugestibili. În general, puterea creatoare este scăzută, cu excepția unui număr redus de bătrîni, care au o activitate creatoare pînă la adînci bătrînețe. De asemenea, ritmul ideativ este mult încetinit.

Deficiențele de atenție, memorie, gîndire, precum și încetinirea ritmului ideativ scad considerabil capacitatea de efort intelecual.

Faptul că noi am întîlnit relativ puține cazuri de demență, se explică prin specificul Institutului de geriatrie, în care i-am urmărit.

În studiul nostru, nu am diferențiat demența senilă de cea arteriosclerotică, deoarece nu am putut preciza în ce măsură demența a fost

determinată de leziunile bătrîneții propriu-zise sau de arterioscleroza cerebrală.

Printre stările de demență întîlnite, am găsit : demență senilă, paranoia reactivă de involuție, delir cu caracter erotic.

Caracteristica delirului erotic la bătrînii dementi este dezacordul dintre simțul lor genezic scăzut și libido-ul destul de puternic, ceea ce determină apariția de iluzii și halucinații auditive cu caracter erotic. Erotismul lor s-ar putea explica prin regresiunea imaginilor formate în ultimul timp și prin reactualizarea și excitarea imaginilor primite în epoca adolescenței sau ceva mai tîrziu (3). Unii dementi au delir mesianic.

Am amintit corelația dintre paranoia, stările depresive, nervozism și hipertensiune arterială. După cum susține L a n g (2), hipertensiunea, ca și alte afecțiuni, apar în urma însumării diferitelor influențe, printre care acest autor include și tulburările activității nervoase superioare. Excitabilitatea crescută a sferei neuro-psihice, chiar dacă nu este singura cauză a hipertensiunii arteriale, contribuie totuși la apariția ei. Noi, în cercetările noastre, nu am putut stabili dacă au precedat, tulburările psihice sau cele de hipertensiune arterială, cert este însă faptul că între ele există o strînsă intricare. Probabil că ridicarea tensiunii arteriale duce la o exacerbare a tulburărilor psihice, după cum tulburările psihice pot duce la o ridicare a tensiunii arteriale.

În grupul de 35% de bătrîni „verzi" se constată un procent mai redus de arterioscleroză, care este foarte frecventă la bătrînii cu tulburări psihice.

Modificarea activității corticale, sub forma degradărilor psihice în raport cu vîrsta, este datorită pe de o parte ruperii echilibrului dintre excitație și inhibiție, iar pe de altă parte, scăderii intensității proceselor de inhibiție, excitație și mobilitate, condiționate, în afara factorilor sociali de factorii fiziologici, de modificările hormonale, metabolice și biochimice.

Printre modificările biochimice care influențează activitatea nervoasă superioară, o deosebită importanță o are scăderea proceselor de oxidare și creșterea acizilor grași în sînge. Relativ la chimismul sîngelui, cercetătoarea sovietică B o r o d i s k a i a a constatat, examinînd creierul de om, că, pînă la 45 de ani, nu se găsesc variații chimice mari. Spre al 50-lea an, se observă modificări, constînd în scăderea substanțelor azotate, creșterea lipidelor de fracțiune alcoolică. De asemenea, se observă scăderea colesterolului esterificat și creșterea colesterolului liber, scăderea magneziemiei. Acad. P a r h o n a semnalat de mult creșterea lipidelor în raport cu vîrsta. De asemenea, un rol important îl joacă modificările biochimice coloidale, care duc la o modificare a structurilor celulare. Desigur, mecanismul general al bătrîneții : ruperea echilibrului procesului de asimilație-dezasimilație, cu creșterea accentuată a celui din urmă, precum și scăderea troficității țesutului conjunctiv, au influență și asupra activității nervoase superioare.



Fenomenele de îmbătrînire sînt reversibile, adevăr pe care acad. P a r h o n l-a demonstrat teoretic și practic. În acest sens, acad. P a r h o n

împreună cu A. Aslan au publicat diferite tratamente în vederea combaterii profilactice și curative a fenomenelor de îmbătrînire.

Am urmărit timp de 1 pînă la 3 ani funcțiunile intelectuale — atenția, memoria, gîndirea și afectivitatea — la bătrîni, sub influența tratamentelor cu tiroidă, novocaină, vitamina E, drojdie de bere, splină și am constatat că un efect deosebit de bun l-au avut tratamentele cu tiroidă, novocaină și vitamina E. Nu am constatat modificări ale funcțiilor psihice sub influența tratamentelor cu drojdie de bere și splină.

În cazurile de demență, am observat că tratamentul cu novocaină ameliorează posibilitățile de evocare a datelor fixate în trecut, dar nu influențează capacitatea de a fixa date noi.

De asemenea, se remarcă o influență favorabilă pe care o are munca asupra menținerii vigoarei psihice a bătrînilor. Am constatat că bătrînii care au posibilitatea să efectueze o muncă adecvată capacității lor de activitate își mențin echilibrul psihic și capacitatea intelectuală, într-o măsură mult mai mare decît cei care nu muncesc.

Într-un mare număr de cazuri, am constatat că pensionarea constituie un factor care accelerează simțitor fenomenele de îmbătrînire.

Acad. Parhon a semnalat faptul că necontenita cultivare a spiritului și faptul de a-l ține mereu în activitate întîrzie bătrînețea psihică, după cum încetarea activității la o anumită vîrstă precipită îmbătrînirea. Ca atare, este necesar ca oamenii înaintați în vîrstă să nu înceteze de a munci, atît timp cît nu sînt atinși de o adevărată infirmitate, după cum este necesar ca munca lor să fie adaptată ca durată și efort, naturii forțelor de care dispun.

De asemenea, este necesar ca bătrînii să nu fie izolați de tineret, ci să fie încadrați în munci de colaborare cu tineretul. Mai socotim necesar ca bătrînețea să fie trăită în cadrul vieții de familie, cadru în care echilibrul psihic, posibilitățile intelectuale se pot menține într-o măsură mai mare decît în cadrul unui colectiv alcătuit exclusiv din bătrîni.

Dezechilibrul psihic se produce prin modificarea intensității proceselor nervoase și a mobilității lor.

Se constată o mare frecvență a hipertensiunii arteriale la bătrînii cu dezechilibrul psihic și în special la cei cu manifestări paranoide.

Frecvența arteriosclerozei este mai mare la bătrînii cu tulburări psihice.

Unele fenomene de îmbătrînire psihică sînt reversibile prin tratament.

Tratamentele cu tiroidă, novocaină, vitamină E, au o influență pozitivă asupra activității nervoase superioare a bătrînilor.

Munca are o influență favorabilă asupra psihicului bătrînilor.

Viața de familie are o influență bună asupra psihicului bătrînilor.

Viața într-un colectiv format exclusiv din bătrîni duce mai rapid la degradarea psihică a bătrînilor.

Pensionarea accelerează fenomenele de îmbătrînire.

Pensionarea trebuie înlocuită printr-o muncă adaptată la capacitățile psihice și fizice ale bătrînilor.

CONCLUZII

Bătrînii examinați de noi prezintă în 65% din cazuri tulburări psihice, unele mai ușoare altele mai grave; în 35% din cazuri sînt echilibrați din punct de vedere psihic; un număr restrîns de bătrîni își mențin posibilitățile intelectuale de creație.

Tulburările psihice întîlnite variază în funcție de vîrstă, dar nu merg strict paralel cu vîrsta, ci variază și în funcție de tipul de sistem nervos.

Tulburările psihice amintite variază în funcție de sex.

O serie de tulburări psihice fiind caracteristice bătrîneții pot servi drept criterii de vîrstă.

Unele tulburări sînt specifice bătrîneții, indiferent de decadă, și servesc drept criterii de îmbătrînire.

Maximul de dezechilibru psihic l-am constatat pentru decada 50—60 de ani, cînd am observat o criză psihică atît la femei, cît și la bărbați.

Maximul de degradare intelectuală l-am observat după 80 de ani.

Dintre tulburările psihice, paranoia bătrînilor are un caracter specific reactiv.

Scăderea reactivității afective și îngustarea sferei de interese apare între 70 și 80 de ani, accentuîndu-se în special după 80 de ani.

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ЯВЛЕНИЯ У СТАРИКОВ

(КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ)

Авторами был поставлен вопрос, можно ли в рамках психической деятельности обнаружить специфические проявления старости.

Они исследовали с этой целью в Институте гериатрии 250 стариков — 180 женщин и 70 мужчин — в возрасте 50—97 лет. Из этих больных 100 находились в отделении общежития и жили приблизительно в одинаковых условиях, а 150 находились временно в больнице, и жизнь их протекала в условиях, предоставлявшихся каждому из них его семьей.

Были исследованы:

а) психические расстройства, часто наблюдающиеся особенно у стариков;

б) психические расстройства в связи с возрастом и полом;

в) психические расстройства в связи с типом нервной системы;

г) корреляция между психическими расстройствами и органическими поражениями.

В качестве метода исследования авторы пользовались типологическим анамнезом, специальным опросом для выявления психических расстройств, методом прямого наблюдении, методом экспериментальных ассоциаций и двигательными условными рефлексами.

У 65% обследованных стариков были обнаружены психические расстройства — у одних более тяжелые, у других более легкие. Из обследованных лиц 35% оказались уравновешенными с психической точки зрения. Ограниченное число стариков сохраняло свои творческие интеллектуальные способности.

Обнаруженные психические расстройства различаются в зависимости от возраста, но не идут вполне параллельно, а различаются также и в зависимости от типа нервной системы.

Эти психические расстройства различаются также в зависимости от пола.

Ряд психических расстройств, являющихся характерными для старости, может служить критерием для определения возраста.

Некоторые расстройства являются специфическими для старческого возраста, вне зависимости от десятилетия, в котором они появились, и могут служить критериями для определения постарения.

Максимум нарушения психического равновесия был обнаружен в возрасте 50—60 лет, когда был установлен период психического кризиса как у женщин, так и у мужчин.

Максимум ослабления интеллектуальных способностей был обнаружен у лиц в возрасте свыше 80 лет.

Среди психических расстройств, старческая паранойя имеет специфический реактивный характер.

Понижение аффективной реактивности и ограничение сферы интересов появляется в возрасте 70—80 лет и усиливается после 80 лет.

MANIFESTATIONS PSYCHOPATHOLOGIQUES CHEZ LES VIEILLARDS

(RÉSUMÉ)

Les Auteurs se sont demandé si l'on peut trouver des manifestations d'un caractère spécifique de la vieillesse dans le cadre de l'activité psychique.

Dans ce but, ils ont examiné à l'Institut de Gériatrie 250 vieillards, dont 180 femmes et 70 hommes, âgés de 50 à 97 ans. Parmi eux, 100 venaient du foyer des vieillards et avaient des conditions de vie à peu près identiques. Le reste de 150 sujets venaient de l'hôpital et leurs conditions de vie étaient différentes selon celles du milieu familial. Ils ont étudié les :

a) Troubles psychiques, particulièrement fréquents chez les vieillards.

b) Troubles psychiques, en rapport avec l'âge et le sexe.

c) Troubles psychiques, en rapport avec le type du système nerveux.

d) Corrélation entre les troubles psychiques et les affections organiques.

Comme méthode d'investigation, les Auteurs ont employé l'anamnèse typologique, un questionnaire spécial pour dépister les troubles

psychiques, l'observation directe, l'expérience [d'association et les réflexes conditionnels moteurs.

Les vieillards examinés accusent, dans 65% des cas, des troubles psychiques plus ou moins graves ; dans 35% des cas, ils sont équilibrés au point de vue psychique. Un nombre restreint de vieillards conservent leurs possibilités intellectuelles de création. Les troubles psychiques constatés varient en raison de l'âge ; néanmoins, ils n'évoluent pas d'une manière strictement parallèle à l'âge et varient également en fonction du type du système nerveux.

Les troubles mentionnés varient en raison du sexe.

Toute une série de troubles psychiques, qui sont caractéristiques de la vieillesse, peuvent servir de critérium d'âge.

Certains troubles sont spécifiques de la veillesse, indifféremment du nombre des années et servent de critérium de sénescence.

Le déséquilibre psychique maximum a été trouvé pour la période allant de 50 à 60 ans, où l'où a constaté une crise psychique, tant chez les femmes que chez les hommes.

La dégradation intelectuelle maximum arrive après 80 ans. Parmi les troubles psychiques, la paranoïa des vieillards possède un caractère réactif spécifique. La diminution de la réactivité affective, ainsi que le rétrécissement de la sphère d'intérêt apparaissent entre 70 et 80 ans et s'accentuent plus particulièrement après 80 ans.

BIBLIOGRAFIE

1. Gakkel B. I. şi Zinina V. N., *Modificările activităţii nervoase superioare la persoanele de peste 60 de ani*, Anal. Acad. R.P.R., Seria Medicină, Cercetări în domeniul activ:tăţii nervoase superioare, 1954, nr. 2, p. 106.
2. Lang G., *Boala hipertensivă*. Bucureşti, Ed. de stat pentru literatură ştiinţifică, 1953, p. 458.
3. Parhon C. I., *Bătrîneţea şi tratamentul ei*, Bucureşti, Ed. de stat, 1948, p. 203.
4. — *Biologia vîrstelor*, Ed. Acad. R.P.R., 1955, p. 451.
5. Parhon C. I., Goldstein M. şi Milcu Şt.-M., *Manual de endocrinologie*, vol. I, Bucureşti, 1945, p. 345.
6. Pavlov P. I., *Opere alese*, ed. a 2-a, Ed. Acad. R.P.R., 1952, p. 301.
7. — *Experienţa a douăzeci de ani în studiul activităţii nervoase superioare a animalelor*, Ed. Acad. R.P.R., 1953, p. 646.
8. — *Prelegeri despre activitatea emisferelor cerebrale*, Ed. Acad. R.P.R., 1951
9. Ştefănescu-Parhon C., *Contribuţiuni sovietice la studiul chimiei creierului*, Rev. ştiinţ. med., 1951, nr. 1, p. 32—36.

II CERCETĂRI DE ENDOCRINO-PSIHIATRIE

LUCRĂRI DE SINTEZĂ ASUPRA RAPORTURILOR DINTRE GLANDELE ENDOCRINE ŞI ACTIVITATEA NERVOASĂ SUPERIOARĂ NORMALĂ ŞI PATOLOGICĂ

GLANDELE CU SECREŢIE INTERNĂ ÎN RAPORTURILE LOR CU PSIHOLOGIA ŞI PATOLOGIA MINTALĂ*

În acest raport mi-am propus să tratez problema relaţiilor dintre funcţiile glandelor endocrine şi psihologia şi patologia mintală.

Cadrul acestui raport fiind însă atît de limitat, iar problema atît de vastă, ea nu va putea fi privită în toate amănuntele ce le comportă.

Astfel, cititorul nu va găsi aici decît un rezumat al problemei şi concluziile ce decurg din studiile făcute pînă acum.

Pentru unele amănunte, cît şi pentru indicaţiile bibliografice care nu şi-au putut afla loc aici, se poate consulta articolul lui Sainton(1), raportul prezentat de Laignel-Lavastine la Congresul din Dijon (2), lucrarea mea asupra aceluiaşi subiect (3), precum şi lucrările citate în acest raport.

Mai multe metode permit cercetarea acestor relaţii. Mai întîi, studiul clinic al cazurilor în care există tulburări psihice cu alteraţii ale glandelor endocrine, precum şi studiul modificărilor psihice ce apar în perioadele vieţii în care echilibrul endocrin se modifică (de pildă epoca pubertăţii). În al doilea rînd, metoda experimentală, care ne îngăduie să observăm schimbările psihice la animalele care au suferit ablaţiunea unei glande, sau au primit preparate din diferite organe etc. Similare acestor condiţii experimentale sînt tulburările psihice care apar la om după administrarea de preparate opoterapice. De asemenea, metoda histopatologică poate da rezultate interesante.

Mai trebuie citate cercetările hematologice, arătînd alteraţii histologice sau humorale, asemănătoare celor ce se întîlnesc în cazurile de modificări ale echilibrului endocrin.

Voi începe prin a reaminti tulburările psihice, în sindroame ale căror raporturi cu alteraţiile funcţiilor endocrine sînt admise de aproape

* Raport prezentat la Al III-lea Congres Internaţional de Neurologie şi Psihiatrie, Gand, 20–26 aug. 1913.

toţi autorii. Voi considera apoi relaţiile pe care alte psihoze le pot avea cu glandele cu secreţie internă. Ulterior, voi indica relaţiile pe care fiecare glandă, în mod separat, le poate avea cu diferite psihoze, precum şi rolul fiecăruia din glande în psihologia normală. În sfîrşit, voi încerca să arăt în limitele actuale ale cunoştinţelor noastre, mecanismul prin care glandele endocrine influenţează viaţa psihică.

Mixedemul, sindromul insuficienţei tiroidiene, se caracterizează — din punct de vedere psihic — printr-o mare încetineală şi scădere a funcţiunilor mintale. Bolnavii sînt apatici, puţin impresionabili, atenţia lor se trezeşte greu şi se susţine anevoios, memoria este slabă, nu numai că nu fixează noţiunile dar le pierd şi pe cele anterioare. O bolnavă mixedematoasă, studiată de profesorii Stoicescu şi Bacaloglu (4), bolnavă care cunoştea limbile spaniola, ebraica, bulgara şi franceza, uită în timpul bolii sale ultimile două limbi, pe care le învăţase mai recent. În timpul tratamentului tiroidian, îşi reaminteşte aceste limbi şi pe lîngă ele mai învaţă şi limba romînă, pe care nu o cunoştea. Acest fapt arată vădit că tulburările memoriei sînt, în asemenea cazuri, în raport cu lipsa de secreţie tiroidiană.

Cînd boala este congenitală sau cînd apare în timpul copilăriei, tulburările sînt de acelaşi ordin; dar pentru motive uşor de înţeles, în aceste cazuri se produce o stare de idioţie. În adevăr, evoluţia psihică nu are loc, iar cînd copilul ajunge în prealabil la un oarecare grad de dezvoltare se produce o regresiune care-l aduce într-o stare de insuficienţă psihică asemănătoare cu a idioţilor. Aşa de pildă, cazul descris de Lancereaux (5) priveşte un copil inteligent, de 11 ani, operat la această vîrstă de o mică guşă. Tulburările psihice, foarte evidente după cîteva luni, au dus apoi la o stare psihică asemănătoare cu idioţia.

În sindromul lui Basedow, dacă memoria este de asemenea slabă, inteligenţa este însă adesea vie, procesele psihice se petrec mai repede, ideile se perindă în mare număr, bolnavii sînt în activitate continuă, vorbesc mult; ei sînt impresionabili, adesea anxioşi, trec cu uşurinţă de la euforie la tristeţe şi sînt foarte irascibili; în multe cazuri au fobii, obsesii şi prezintă destul de des adevărate psihoze. Acestea din urmă sînt uneori simple afecţiuni asociate, ca de pildă paralizia generală cu sindromul lui Basedow. În astfel de cazuri se cuvine de altfel să studiem şi importanţa terenului basedowian asupra manifestării şi evoluţiei psihozei asociate.

În cea mai mare parte a celorlalte cazuri, trebuie să ne gîndim la o intervenţie cauzală a sindromului lui Basedow sau, mai exact, a glandei tiroide, în apariţia psihozei, aceasta reprezentînd o exagerare — într-un sens sau celălalt — a tulburărilor psihice observate de obicei în sindromul lui Basedow.

În adevăr, dintr-un număr de 86 de cazuri de psihoze la basedowieni, la 67 dintre ele se observă tulburări care ţin mai cu seamă de patologia afectivităţii (manie, melancolie, psihoză maniaco-depresivă, fobii, obsesii). În cel puţin 9 cazuri din cele 86, se găsesc şi idei de persecuţie, care nu par fără raport cu starea de irascibilitate a basedowienilor, aşa cum ideile de ruină sau de culpabilitate, de pildă, încolţesc pe terenul de depresiune

psihică a melancolicilor. Mai notăm încă prezența frecventă a halucinațiilor în psihozele basedowiene; acest fenomen fiind citat în 25 din 86 de cazuri.

Starea psihică a cretinilor se poate compara cu aceea a idioților mixedematoși. Alteori se găsește o stare de imbecilitate (cretinoizi) sau de debilitate mintală.

De remarcat că, cretinii provin cel mai adesea din părinți gușați, dar care nu prezintă obligatoriu tulburări psihice importante. Astfel, bolnava observată de Raymond și Sérieux (6) a avut o fiică puțin inteligentă. Bolnava studiată de Richardson (7), o basedowiană cu melancolie, a cărei tiroidă creștea după fiecare naștere, a avut șapte copii, dintre care primii patru, nervoși, următorii doi, o imbecilă și o idioată, în sfîrșit ultimul, fără tulburări mintate, dar obez, cîntărind 350 livre la 19 ani. Am publicat și eu cazul unui copil idiot, internat în serviciul profesorului Marinescu. Acest copil, ale cărui oase craniene erau foarte îngroșate, era fiul unei basedowiene.

În infantilism, starea psihică ca și starea somatică amintesc pe cele ale copiilor. În patogenia acestui sindrom — inclusiv, aceea a stării psihice care îl caracterizează, — insuficiența tiroidiană joacă un rol important. Dar acest rol nu este exclusiv și, în unele cazuri, el este dubios. Or cum ar fi, insuficiența hipofizară, suprarenală, pancreatică etc. par să fie, în unele cazuri, punctul de plecare al infantilismului. Pentru insuficiența hipofizară, oprirea dezvoltării este dovedită și în mod experimental. Cercetările întreprinse de Ascoli și Legnami (8) au fost foarte demonstrative în această privință. În ori ce caz — așa cum a întrezărit de mult Meige, cum am susținut și eu în mai multe lucrări, și cum a afirmat Souques — insuficiența glandelor genitale joacă un rol de primul ordin în patogenia infantilismului, oricare ar fi punctul de plecare.

Tulburările psihice observate în osteomalacie au putut fi raportate la demența precoce sau senilă sau la confuzia mintală. Important de reținut este faptul că glandele endocrine au o parte foarte importantă în patogenia acestui sindrom. Insuficiența, hiperfuncția sau disfuncția tiroidiană par să intervină în fiecare caz. Alterațiile paratiroidelor, ale glandelor genitale etc., pot să intervină la rîndul lor. În această stare de lucruri, putem crede că tulburările psihice trebuie să fie și ele într-un raport mai mult sau mai puțin strîns cu tulburările metabolismului, produse de alterațiile funcțiilor endocrine. Recomand cititorului, dornic să cunoască mai amănunțit relațiile osteomalaciei cu glandele endocrine, să consulte lucrarea pe care am publicat-o cu Marinescu și Minea (9) precum și pe aceea publicată de Vander Scheer (10).

Modificările psihice observate în unele cazuri de tetanie pot să aibă drept cauză insuficiența paratiroidiană. Probabil, un fenomen analog se petrece și în eclampsie, ipoteză formulată și de Vassale. Voi reaminti aici că Reynier și Paulescu, Blum, Pineles, Parhon și Urechia (11) au descris tulburări psihice la animale tiroparatiroidectomizate, tulburări care reamintesc, într-o oarecare măsură, pe cele din catatonie și care au servit lui Lundborg (12) la formularea ipotezei sale asupra rolului paratiroidelor în catatonie.

Mai trebuie să spun că, în patogenia eclampsiei, s-au putut învinui şi tulburări suprarenale şi tiroidiene şi că S t u r m e r şi N i c h o l s o h n au obţinut rezultate bune prin tratamentul tiroidian. S-ar putea să fie vorba, în unele cazuri cel puţin, de un sindrom pluriglandular (13).

Giganţii şi acromegalii prezintă adesea tulburări psihice. Cei dintîi, mai cu seamă, prezintă de obicei o stare de debilitate psihică privind memoria, atenţia, asociaţiile de idei, afectivitatea. Ei sînt incapabili de o acvitate psihică pentru care se cere o oarecare tensiune. Sînt fanfaroni şi de dispoziţie schimbătoare. Într-un cuvînt, starea lor mintală aminteşte pe cea din infantilism.

În acromegalie se observă — după B r u n e t (14) — o slăbire a memoriei şi a inteligenţei cît şi o stare de iritabilitate şi de nelinişte. S a i n t o n mai notează şi astenia şi abulia acestor bolnavi. Deseori, se observă la giganţi şi la acromegali tulburări mintale mai importante. Astfel, gigantul studiat de A. M a r i e prezenta o stare de confuzie mintală halucinatorie, cu fenomene cataleptice şi anxietate, fenomene care au dispărut lăsînd o stare persistentă de puerilism mintal. În cazul pe care l-am raportat eu însumi, era vorba de manie acută halucinatorie. Tulburările mintale ale acromegalilor au, în general, caracterul depresiv, neliniştit cu tendinţă la sinucidere. Se observă uneori idei de persecuţie, ca în cazul studiat de B l a i s e, în care opoterapia hipofizară a adus o ameliorare în starea mintală a bolnavului. Bolnavii observaţi de J o f f r o y, L a i g n e l - L a v a s t i n e, R a o u l L e r o y erau demenţi. În cazurile studiate de R a y m o n d şi S é r i e u x, M a r i n e s c u, C h a l k se găsea asociaţia cu epilepsia.

După B r u n e t, tulburările mintale sînt frecvente, ele întîlnindu-se la 25% din cazurile de acromegalie. Ele ar fi de opt ori mai frecvente în cursul acestei distrofii decît în afara ei.

Gigantismul, ca şi acromegalia, trebuie clasate printre distrofiile pluriglandulare, iar tulburările mintale întîlnite în aceste cazuri pot fi puse în raport cu alteraţiile hipofizare, tiroidiene, suprarenale ce există în aceste distrofii, fără ca să fie totdeauna uşor de determinat participarea fiecărei glande în parte. Terenul de degenerescenţă invocat aici, ca şi în alte părţi, trebuie privit în multe cazuri, cel puţin, ca expresie a tulburărilor endocrine, aşa cum am susţinut (15) din anul 1906 şi cum a susţinut şi L u n d b o r g (16).

În cazurile de pubertate precoce, sindrom opus sindromului infantilismului şi în raport cu alteraţiunile epifizare (17) sau ale altor glande endocrine—mai cu seamă cu hiperfuncţia sau activitatea precoce a glandelor sexuale — s-au văzut de asemenea tulburări psihice ca stări confuzionale, idei mistice, dezvoltarea precoce a instinctului sexual. În unele cazuri, starea mintală se apropie de idioţie. Şi aici glandele endocrine îşi au rolul lor; dar cînd este vorba de o tumoare a unei glande endocrine, trebuie să ne gîndim şi la fenomenele de compresiune şi la leziunile consecutive ale creierului etc.

În sindromul lui Addison, L a i g n e l - L a v a s t i n e consideră astenia, abulia, tristeţea, ca stigmatele psihice ale acestor bolnavi. Într-un număr destul de mare de cazuri, se mai observă şi o stare de iritabilitate

cu idei de persecuţie sau fenomene confunzionale halucinatorii, însoţite uneori de convulsii ca în cazurile descrise de Klippel (18), Măldărescu şi Crăciuneanu (19). Sînt cazurile în care s-a putut vorbi de o adevărată encefalopatie addisoniană.

În aceste cazuri, rolul alteraţiilor suprarenale ne apare sigur cu atît mai mult cu cît s-au descris leziuni importante la nivelul celulelor nervoase din creier, în urma ablaţiei capsulelor suprarenale.

Credem că mania şi melancolia recunosc, în multe cazuri, o patologie glandulară. Căci, în cursul acestor psihoze, se întîlnesc adesea, tulburări tiroidiene, ca hipertrofia acestui organ, exoftalmia, palpitaţii, valuri de căldură, insomnie sau tulburări ovariene ca amenoreea. Amintesc de asemenea că epoca puberală, menopauza, epoca menstruală, care sînt de obicei însoţite de o hipertrofie tiroidiană sau de o exagerare funcţională a acestui organ, sînt cele în care mania şi melancolia îşi fac adesea apariţia. De asemenea, melancolia se manifestă, mai ales la sexul feminin, în proporţie de 80%, cifră care aminteşte pe cea găsită pentru sindromul lui Basedow (88%).

Mai trebuie să adaug că, în cercetările pe care le-am făcut asupra modificărilor tiroidei la alienaţi, am găsit că psihozele afective şi periodice dau cifra cea mai ridicată. Mai amintesc marea frecvenţă a tulburărilor psihice în sindromul lui Basedow. Toate aceste fapte arată partea importantă pe care o joacă alteraţiile tiroidiene (mai cu seamă hiperfuncţia sau perversiunea funcţională) şi ovariene (mai cu seamă hipofuncţia sau insuficienţa) în patogenia psihozelor afective, conform cu părerea pe care o susţin de mult. Garbini (20) a formulat o ipoteză similară pentru stările maniace, iar Stranschi (21) pare dispus să admită o patogenie glandulară pentru psihoza maniaco-depresivă. Delmas (22) împărtăşeşte şi el ipoteza tiroidiană a unor cazuri de melancolie.

Alţi autori s-au ocupat şi ei cu studiul glandelor endocrine în psihozele afective. Amaldi (23) găseşte tiroida alterată în 4 din 12 cazuri de manie şi în 4 din 11 cazuri de melancolie.

Într-un caz observat de Perrin de la Touche şi Dide, tiroida era scleroasă şi constituită din vezicule mari. În alt caz ea părea normală. Aceşti autori au mai găsit alteraţii scleroase ale veziculelor în 7 din 8 cazuri de melancolie. Leziuni mai mult sau mai puţin variabile au fost descrise în cazurile lui Ramadier şi Marchand (24) şi de mine însumi într-un caz pe care l-am studiat. Amintesc că, după Monéry, tiroidele excitaţilor sînt mai bogate în iod, decît tiroidele deprimaţilor, dar aceste cercetări trebuie să fie confirmate, numărul cazurilor studiate de numitul autor fiind prea restrîns.

Mai amintesc că G. Gautier (25) citează un caz de melancolie vindecat prin tratamentul tiroidian, şi că Manchphail, Bruce, Clarke, Curie, Brusch, Babcock (citaţi de Amaldi), au obţinut vindecări sau ameliorări notabile prin acelaşi tratament, la maniaci şi melancolici, precum şi în psihozele puerperale, ale lactaţiei sau ale menopauzei.

Mai notăm hipofuncţia stratului cortical al suprarenalelor, găsită de Vigoureux şi Laignel-Lavastine şi alteraţiile mai

importante întîlnite de Muratoff (26), Léri (27) şi de mine însumi, în cazurile de melancolie. Dar faptele raportate de Marie şi Dide (28) tind să arate că alteraţiile capsulare nu sînt constante. Prezenţa frecventă a arteriosclerozei în psihoza maniaco-depresivă precum şi hipertensiunea arterială notată de unii autori aduc în discuţie posibilitatea în asemenea cazuri a unei supraactivităţi a medularei suprarenale.

În sfîrşit, cazurile de melancolie cu levulozurie (Pierre-Marie şi Robinson, Sekeyan (29) ridică problema intervenţiei altor glande — pancreasul poate — în aceste împrejurări.

Activitatea testiculului şi aceea a hipofizei par scăzute într-un caz raportat de mine însumi, judecînd după înfăţişarea microscopică a acestor organe.

Fobiile, obsesiile sau, conform denumirii lui Janet, psihastenia, coexistă adeseori cu sindromul lui Basedow, mai cu seamă cu formele pe care Stern (30) le numeşte „basedowiene" sau cu fenomene de insuficienţă ovariană (Raymond şi Sérieux, Solbrig, Boetteau, Vigoureux, Thomas, Parhon şi Marbé, Sollier şi Chartier, Lévi şi Rotschild, Marbé). Hartenberg (31), la Congresul din Bruxelles, a insistat asupra prezenţei în ereutofobie a unor fenomene ca *palpitaţii, bătăi ale carotidei, valuri de căldură, transpiraţii*, a căror analogie cu fenomenele ce se observă în sindromul lui Basedow, insuficienţa ovariană şi hipertiroidizarea experimentală, am semnalat-o. Susţinem că aceste fapte sprijină părerea noastră că psihastenia evoluează, cel puţin în multe cazuri, pe un teren de dezechilibru endocrinian, în care hipertiroidizarea pare să aibă cea mai mare parte. Însuşi Hartenberg, în lucrarea lui ulterioară, a dat o interpretare analogă fenomenelor notate de el şi a propus să se trateze ereutofobia prin galvanizarea regiunii tiroidiene. Am obţinut şi eu, împreună cu Goldstein, o ameliorare evidentă, după însăşi declaraţia bolnavului, într-un caz de ereutofobie, prin radioterapia tiroidiană. Amintesc aici că am publicat cu Goldstein (32) cazul unei fete epileptice, la care fenomenele de fobie şi obsesie survenite în timpul tratamentului tiroidian au dispărut după încetarea tratamentului şi au reapărut cînd a fost reluat. Mai notăm că Lévi şi Rotschild (33) au observat fenomene psihastenice în cazuri de hipotiroidie, fenomene asupra cărora opoterapia tiroidiană a avut rezultate satisfăcătoare.

Claude (34) a obţinut rezultate bune prin tratamentul testicular şi ovarian, şi eu însumi am obţinut efecte foarte vădite prin acelaşi tratament într-un caz de psihastenie.

Cred că putem menţine aici concluzia pe care am tras-o din examenul faptelor — în lucrarea mea anterioară pe care am citat-o — anume că un important număr de cazuri de manie, melancolie sau de psihoză maniaco-depresivă, precum şi de psihastenie, într-o bună clasificare nosologică, trebuie să ocupe un loc imediat vecin cu cel al bolii lui Basedow.

Isteria coexistă în mai multe cazuri cu sindromul lui Basedow şi am emis ideea (în lucrarea mea cu Marbé) că tulburarea funcţiei tiroidiene ar crea terenul de labilitate nervoasă şi psihică pe care *nevroza cea mare* ar încolţi cu predilecţie. Léopold Lévi şi H. De Rot-



Prof. C. I. Parhon la 40 de ani

schild (35) privesc chestiunea într-un mod analog. Ei citează cazul descris de Béclère, de mixedem, în care tratamentul prin puternice doze tiroidiene a produs fenomene basedowiene în cursul cărora, sub influența emoțiilor, s-au observat tulburări isterice care au dispărut printr-o electrizare sugestivă. Ei remarcă faptul că isteria este excepțională în mixedem, dar citează un caz de asociere istero-organică într-un caz de mixedem frust.

Mai reamintesc că Debove a observat apariția isteriei, în urma castrației.

În delirurile cronice sistematizate, glanda tiroidă a fost studiată de Baldi, Perrin de la Touche și Dide, Ramadier și Marchand. Am avut și eu prilejul să o studiez într-un caz. Greutatea ei se depărtează adesea de cea normală, căci în cazurile cînd a fost cîntărită, s-a găsit de 22, 16, 70, 12, și 15 g. Așadar, numai într-un caz din cinci, greutatea poate fi considerată ca fiind în limitele normale (20—30 g, după Laignel-Lavastine). În mai multe cazuri se găsesc alterații microscopice, de altfel variabile. Celelalte glande nu au fost studiate.

Printre delirurile cronice mai mult sau mai puțin sistematizate, trebuie să se găsească probabil tulburări cu bază diferită. Printre acestea, cred că trebuie să deosebim un grup evoluînd la femei în epoca menopauzei precoce cu fenomene ca: palpitații, tahicardie, congestia feței, valuri de căldură, tremurături, irascibilitate, mononucleoză, care amintesc pe cele din hipertiroidism. Aceste bolnave prezintă mai ales idei de persecuție în raport probabil cu irascibilitatea. Cu toate că se deosebesc prin simptomatologie, credem că tulburările existente se apropie de melancolie prin patogenia lor, pe bază endocriniană. Uneori, ca într-un caz pe care l-am observat, se găsește o combinație de idei de persecuție cu inhibiția psihomotoare a melancoliei.

În demența precoce, glandele endocrine au fost mai bine studiate. S-au cercetat mai ales glandele genitale. Cercetările histologice pe care le-am făcut cu Obregia și Urechia (36), ne-au arătat pentru testicule că glanda diastematică nu prezintă alterații evidente. Dimpotrivă spermatogeneza lipsește de obicei sau este foarte redusă. Todde, care făcuse cercetări din acest punct de vedere, ajunsese la același rezultat. Ovarele par însă și mai puțin alterate decît testiculele. Cercetările noastre nu ne-au îngăduit să stabilim o relație patogenetică între tulburările glandelor genitale și demența precoce. Se cuvine totuși să spunem că Fauser (37) a găsit, în sîngele mai multor bolnavi de demență precoce, prezența unor fermenți antitiroidieni, sau antitesticulari și antiovarieni, acești doi din urmă în raport cu sexul bolnavilor. Semnificația acestei constatări rămîne de cercetat. La constatarea existenței fermenților antitiroidieni în sîngele dementilor precoci se poate alătura aceea a lui Berkley (38) care a obținut rezultate bune în unele cazuri de catatonie, prin tiroidectomia parțială combinată cu un tratament prin tirolecitină. Ablația unui lob hipertrofiat al tiroidei unei bolnave catatonice, pe care am avut ocazia să o studiez, a produs o ameliorare în starea somatică a bolnavei, dar nu a avut vreo înrîurire vădită asupra stării ei mintale.

Din punct de vedere anatomo-patologic, notăm că am găsit greutatea normală în demenţa precoce 23, 90 g. Dar se pot găsi variaţii între 5 şi 67 g. Mai mulţi autori ca Perrin de la Touche şi Dide (39), Muratoff, Benigni şi Zillochi (40), Laignel-Lavastine, Ramadier şi Marchand, Zalla, Parhon, au studiat glanda tiroidă din punct de vedere microscopic în demenţa precoce. În mai multe cazuri, ea nu părea alterată. În altele, s-au întîlnit modificări variabile, al căror raport cu psihoza rămîne prea discutabilă ca să insistăm mai îndelung. Kraepelin, Sérieux, Masselon şi eu însumi am încercat, fără rezultat, tratamentul tiroidian în demenţa precoce. Dar Pascal (41) a constatat o influenţă favorabilă a acestui tratament în stările depresive şi stuporoase.

Paratiroidele au fost studiate de mine în două cazuri de demenţă precoce. În unul din aceste cazuri, glanda părea în stare de repaus. În celălalt, ea conţinea un mare număr de celule cianofile, amintind pe acelea ale hipofizei. Am încercat, fără succes, într-un caz, opoterapia paratiroidiană. Pighini, Van L. Balcock, (citaţi după (41)) au obţinut rezultate pozitive prin injecţii de paratiroidină. Autorul italian este de părere că contracturile catatonice, tahicardia şi tulburările schimburilor de nutriţie sînt sub dependenţa unei alteraţii paratiroidiene.

Supraîncărcarea grasă a ficatului se întîlneştefoarte frecvent în demenţa precoce (Laignel-Lavastine, Marie şi Dide, Parhon). În pancreas, Laignel-Lavastine a observat o uşoară scleroză. Eu însumi am observat ectazie capilară mergînd, într-un caz, pînă la hemoragie.

Hipofizia a fost studiată de Laignel-Lavastine — fie singur fie în colaborare cu Victor Ionescu — precum şi de Benigni şi Zillochi. Alteraţiile microscopice notate în cîteva cazuri nu permit pînă în prezent să se afirme nimic despre importanţa lor patogenică. Opoterapia hipofizară lucrează, după părerea lui Pascal, asupra tulbnrărilor de nutriţie şi asupra fenomenelor depresive dar nu şi asupra fenomenelor de demenţă. Am aplicat tratamentul opoterapic în două cazuri de demenţă precoce catatonică, fără să observ modificări psihice apreciabile, dar am notat o creştere în greutate a bolnavilor.

Capsulele suprarenale studiate de Marie şi Dide, Laignel-Lavastine, Benigni şi Zillochi, precum şi de mine însumi, au fost găsite alterate în unele cazuri, dar alteraţiile variabile şi chiar de sens diferit, nu permit să se stabilească un raport cu demenţa precoce.

În rezumat, nu se poate exclude rolul patogenic al alteraţiilor funcţiilor endocrine în demenţa precoce însă, nu poate nici să fie afirmat.

Studiul raporturilor dintre alteraţiile endocrine şi epilepsie este mai interesant, căci rezultatele cercetărilor făcute pînă acum au fost mai evidente. În adevăr, Claude şi Schmiergeld (42), Tenchini, Zalla (43), (44), Ramadier şi Marchand, Garbini, Parhon în colaborare cu Dumitrescu, Mateescu şi Ţupa, au arătat că glanda prezintă adesea alteraţii microscopice importante.

Pe lîngă acestea, greutatea ei se depărtează deseori de cea normală, fiind cel mai adesea scăzută, media găsită de mine este de 18,69 g, cea mai mică din toate mediile din psihoze.

Alterațiile microscopice consistă în scleroză, atrofia veziculelor sau dilatarea lor, descuamație celulară, prezența de blocuri hematoxilinofile în coloidul veziculelor sau prezența veziculelor în coloid hematoxilinofil etc.

Din punct de vedere chimic, cercetările mele cu Dumitrescu și Nicolau au arătat că tiroidele de epileptici sînt, de obicei, bogate în iod. Într-un singur caz din 12, la o femeie în vîrstă de 70 de ani, cantitatea de iod era scăzută. Într-un caz descris de Monéry (45) nu s-au găsit de asemenea decît 2,115 mg (la un om de 37 de ani). La un bolnav observat de Claude și Blanchetière (46), glanda conținea numai 2,1 mg.

Clinica, opoterapia și experimentarea arată de asemenea raporturi între glanda tiroidă și epilepsie. S-au observat deseori epileptici gușați (Schultze, Mossé, Jeandelize, Lévi și Rotschild). Browning și Brooklin, Bastin, Léopold Lévi și H. de Rotschild, Parhon și Goldstein, Cerf, Pioche, Claude (47) au observat ameliorări în epilepsie prin tratamentul tiroidian. Bourneville a constatat, într-un caz, o creștere în frecvența acceselor după opoterapie.

Cercetările pe care le-am făcut cu Urechia (48) arată că predispoziția convulsivă este exagerată prin ablația glandei tiroide și prin hipertiroidizarea experimentală. Pentru amănunte suplimentare asupra raporturilor glandei tiroide cu epilepsia, trimitem pe cititor la această ultimă lucrare și la cea citată mai sus, pe care am publicat-o cu Dumitrescu și Nicolau.

După părerea lui Claude și a lui Schmiergeld, alterațiile paratiroidiene sînt frecvente în epilepsie. Pe de altă parte, Vassale și Munaron au obținut rezultate bune prin tratamentul paratiroidian. Am încercat, împreună cu Goldstein, acest tratament într-un caz de epilepsie, fără rezultate apreciabile.

Hipofiza este deseori alterată histologic, și greutatea ei este adesea sporită (media 0,67 g) în epilepsie, după cum rezultă din cercetările lui Claude și Schmiergeld, Zalla și ale mele. Este drept că Garbini, în 6 cazuri de epilepsie cu *imbecilitate gravă*, arată că nu a găsit alterații în acest organ, dar autorul nu dă greutatea organului și nu face diferențierea celulelor cromo-eozino- și cianofile. În cîteva cazuri de acromegalie, s-au notat convulsii. Mairet și Bosc (49) au observat agravîndu-se epilepsia prin tratamentul hipofizar pe care, Henri Claude este înclinat a-l indica în unele cazuri.

După datele menționate de Claude și Schmiergeld, suprarenalele par adeseori hipertrofiate (media 19,95 g) și în stare de hiperfuncțiune. În două cazuri pe care le-am studiat, s-ar putea vorbi mai degrabă de hipofuncțiune.

Cercetările lui Claude și Schmiergeld arată că, în epilepsie, ovarul este foarte frecvent alterat. Cercetările pe care le-am făcut cu Gheorghian asupra funcției menstruale la alienate ne-au arătat că această funcțiune lipsește în 10 cazuri din 25, la epileptice, deși 8 femei, din cele 25 erau în vîrstă de la 14 la 30 de ani. Printre epilepticele cu menstruație, 7 prezentau o agravare a acceselor în timpul menstruației și în

cursul primelor două zile consecutive, fenomen cunoscut de alţi autori, şi pe care l-am studiat cu Urechia (50) într-o lucrare anterioară. Trepsat (51) s-a ocupat şi el de această chestiune. Faptele citate concordă cu bunele rezultate pe care Russel, Silvestri, Brennan le-au observat în epilepsie, în urma castraţiei. Dar în alte cazuri (Elliosto n, Bianchini), amenorea este aceea care a părut a fi provocat apariţia crizelor de epilepsie, şi aici se cuvine să amintim rezultatele bune obţinute de Toulouse şi Marchand (52) la epilepticele cu tulburări menstruale, după opoterapie ovariană.

Cercetările noastre, puţin numeroase încă, tind să arate că alteraţiile testiculare sînt de asemenea frecvente în epilepsie. Opoterapia orhitică încercată de Bourneville şi Féré nu a dat rezultate. Studiul modificărilor pancreasului (Claude şi Schmiergeld, Parhon) a dat rezultate variabile. Ficatul — după aceiaşi autori — pare destul de des alterat în epilepsie, şi în această privinţă, Kaufmann (53), Claude, Nissipesco (54) au notat tulburări în metabolismul azotat al epilepticilor, pe de altă parte Besta a notat o scădere a coagulabilităţii sanguine, fenomene care ne fac să ne gîndim la tulburări în funcţiunile hepatice. Alteraţiile renale (Claude şi Schmiergeld, Parhon) sînt foarte frecvente în epilepsie. Nu cunoaştem starea splinei, a epifizei, a timusului. Acesta din urmă persista şi cîntărea 48 g la un tînăr epileptic (16 ani) din serviciul meu, care a murit în stare de rău comiţial.

În confuzia mintală, tiroida este foarte frecvent alterată. (Perrin de la Touche şi Dide, Ramadier şi Marchand, Zalla, Parhon). Greutatea ei se depărtează adesea, în plus sau în minus, de greutatea normală (media cazurilor în care glanda a fost cîntărită fiind de 20,33 g). Alteraţiile microscopice constau în scleroză, atrofia sau dilatarea veziculelor etc. Aceste alteraţii microscopice sînt atît de frecvente, iar greutatea glandei atît de rareori normală (de 2 ori în 12 cazuri), încît relaţiile dintre alteraţiile menţionate şi tulburările psihice devin foarte probabile. Alteraţiile hipofizare, mai puţin studiate (Zalla), par şi ele frecvente şi acelaşi lucru se poate spune şi despre glandele suprarenale (Marie şi Dide, Léri). În cazul descris de Léri, aceste organe prezentau leziuni în focar de natură tuberculoasă. Studiul celorlalte glande în acest sindrom nu a fost făcut, afară de ficat, care este deseori alterat şi ale cărui modificări trebuie să aibă un rol important în patogenia sindroamelor confuzionale, dacă ne raportăm la lucrările lui Klippel, Charrin, Régis şi Chevalier, Lavaure, Damsch şi Cramer, Kichkine, Léopold Lévi, Ballet şi Laignel-Lavastine, Vigoureux şi Jaquelier, Marie şi Dide.

Am studiat glanda tiroidă într-un caz de psihoză puerperală. Glanda prezenta alteraţii microscopice, variabile după regiuni, ectazia veziculelor, celule cu pigment, descuamare, blocuri hematoxilinofile în coloidul euzinofil, sau vezicule cu coloid hematoxilinofil. În plus, organul nu cîntărea decît 6 g. Hipofiza era bogată în cianofile, deşi eozinofilele erau mai numeroase. Lobul nervos nu părea alterat. Ovarele erau în stare de repaos funcţional. Suprarenalele, cu vacuole numeroase, în celulele medularei.

Pancreasul fără leziuni. Celulele hepatice bogate în pigment. Numeroşi cilindrii în tubii excretori ai rinichiului.

Vergely este de părere că, în psihozele puerperale, trebuie să se țină seamă de insuficiența hepatică. Dupouy (55) presupune alterări tiroidiene etc. În sfîrşit, să notăm interesanta ipoteză a lui Münzer (56) asupra rolului secreției interne a uterului în psihozele puerperale.

În demența senilă, greutatea medie a tiroidei este de 19,53 g. Ea prezintă de obicei şi alterări histologice : scleroze cu degenerescența țesutului conjunctiv, atrofia veziculelor, dar cel mai adesea dilatarea considerabilă a acestora. Cantitatea de granulații lipoidice a celulelor pare crescută (Perrin de la Touche şi Dide, Ramadier şi Marchand, Zalla, Parhon, Garbini).

Hipofiza (greutatea medie 0,77 cg), prezintă adesea alterări sclerotice, coloidul din lobul epitelial este uneori în creştere (Zalla, Garbini, Parhon, Laignel-Lavastine şi Victor Ionescu (57)).

Capsulele suprarenale (Garbini, Parhon) prezintă un aspect variabil; Laignel-Lavastine înclină să le atribuie un oarecare rol în patogenia unor cazuri de demență arteriosclerotică. Ovarele par atrofiate, sau cel puțin în hipofuncțiune (Garbini, Parhon). Alterările testiculare par foarte frecvente : încărcare grasă în celulele tubilor seminiferi, atrofia glandei interstițiale.

Dar numărul cazurilor studiate este prea mic (Garbini, Parhon). Laignel-Lavastine tinde să atribuie insuficienței testiculare un rol în patogenia unor demențe arteriosclerotice (prin mijlocirea antagonismului dintre aceste organe şi suprarenale. Alterațiile pancreatice par frecvente (Marie şi Dide, Parhon). În ficat am notat supraîncărcare grăsoasă şi, în două din patru cazuri, litiază biliară. Conform cercetărilor mele, splina, rinichii, sînt foarte deseori alterate.

În stările de idioție, imbecilitate, debilitate mintală, alterațiile tiroidiene, variabile de altfel, sînt foarte frecvente (Amaldi, Perrin de la Touche şi Dide, Zalla, Garbini, Parhon). Marinescu, într-un caz de idioție mongoloidă, a găsit alterații ale aceleiaşi glande, Bourneville, în cinci cazuri, a găsit persistența timusului, dar fără alterații tiroidiene. Gordon, în două cazuri de idioție amaurotică (era vorba de o formă specială) a observat o dată hipertrofia, altă dată atrofia tiroidiană. Savini presupune, de asemenea, o patogenie endocriniană în această boală. Amintesc aici idioția mixedematoasă.

Garbini, Zalla şi eu însumi, studiind hipofiza, am găsit-o uneori în hipofuncțiune. Léopold Lévi a obținut rezultate bune cu tratamentul hipofizar. Suprarenalele par şi ele, în multe cazuri, în hipofuncțiune. Amintesc aici raporturile anencefaliei cu aplazia capsulelor suprarenale, aşa cum rezultă din lucrările lui Magnus şi Zuelsler, Ilberg, Bender şi Lévi, Ruju, Parhon.

Ilberg (58) crede că lipsa acțiunii hemodinamice a suprarenalelor pricinuieşte anemia creierului şi lipsa lui de dezvoltare. Bender şi Lévi susțin, dimpotrivă, că lipsa creierului împiedică dezvoltarea suprarenalelor. Pende (59), Garbini admit pe de o parte că lipsa de dezvoltare a creierului duce la atrofia suprarenalelor, acestea din urmă

nemaiavînd motiv să funcționeze, iar pe de altă parte leziunile primitive ale acestor organe ar putea împiedica dezvoltarea creierului. Lévi este de aceeași părere.

Am dat eu însumi interpretarea următoare: leziunea cerebrală ar putea atinge una sau alta din cele două glande endocraniene (hipofiza și epifiza), aplazia suprarenală fiind, în acest caz, consecința acestor alterații. Pe de altă parte creierul, în cursul perioadei sale de dezvoltare, ar emite hormoni care întrețin dezvoltarea suprarenalelor. S-ar mai putea întîmpla ca un proces infecțios să atingă, în același timp, dar în mod independent, creierul și suprarenalele, datorită asemănării compoziției lor chimice.

Cercetările, prea puțin numeroase, ale lui Garbini — din punct de vedere anatomic — și ale mele cu Gheorghian — din punct de vedere funcțional — ne îndeamnă să admitem că tulburările ovariene sînt frecvente în idioție.

Testiculele sînt, în unele cazuri de idioție, oprite în dezvoltarea lor, iar coborîrea nu se face, ele rămînînd, în stare de criptorhidie. Într-un caz, pe care l-am publicat cu Țupa (60), lipoizii glandei interstițiale lipseau. Laignel-Lavastine susține că persistența timusului a fost adesea găsită în idioție. Bourneville a notat dimpotrivă absența lui. Roswell Park crede că opoterapia timică ar fi indicată în microcefalie și că, asociată cu o intervenție operatorie, ar putea favoriza sporirea volumului cerebral. Celelalte glande au fost prea puțin studiate. Nu vom insista asupra stării lor.

În paralizia generală progresivă, tiroida a fost studiată de Obregia și Volberg (61), Amaldi, Perrin de la Touche și Dide, Ramadier și Marchand, Laignel-Lavastine, Garbini, Parhon. Greutatea medie a organului este de 23,90 g. Din punct de vedere histologic, s-au găsit alterații variabile, ectazie vasculară (leziune frecventă), scleroză, dilatarea veziculelor etc. La un paralitic general juvenil, în vîrstă de 25 de ani, Joffroy găsește persistența cartilajelor de conjugare. Tratamentul tiroidian a provocat o creștere de 1 cm pe lună. Florian ar fi avut cîteva rezultate satisfăcătoare cu opoterapia tiroidiană. Volberg și Zalla cred că starea tiroidei influențează evoluția paraliziei generale. Stern (62) este de aceeași părere. Această problemă merită să mai fie studiată. Cercetările asupra paratiroidelor (Schmiergeld, Parhon) sînt prea puțin numeroase pentru a ne mai opri la ele.

Hipofiza a fost studiată de Vigoureux și Laignel-Lavastine, Garbini, Schmiergeld, Zalla, Laignel-Lavastine și Victor Ionescu.

Greutatea medie a organului este de 57,30 g. Cea mai frecventă alterație microscopică este vasodilatația. Starea celulelor este prea variabilă pentru a permite o concluzie. Glandele suprarenale (a căror greutate medie este de 17,50 g în această psihoză) au fost studiate de Pilcz, Laignel-Lavastine, Marie și Dide, Léri, Schmiergeld, Garbini și de mine însumi. Vasodilatația este frecventă și aici; celelalte alterații sînt mai variabile. Reacția lui Vulpian a fost prezentă în cele trei cazuri în care am efectuat-o.

Ovarele prezintă adesea alterații sau tulburări funcționale (Venturi, Parhon și Goldstein, Schmiergeld, d'Abundo, Parhon și Gheorghian). Testiculele studiate de Venturi, Marchand, Schmiergeld, Parhon, sînt modificate în unele cazuri, dar aceasta nu constituie regula. Tuburile seminifere par mai frecvent alterate, decît glanda interstițială. Dezvoltarea sistemului pilos la paraliticii studiați de unul din noi, cu G. Dan, în 26 de cazuri, s-a prezentat satisfăcător în 22 de cazuri. Această dezvoltare este însă în strîns raport cu secreția internă a testiculelor. Aceste fapte ne conduc la concluzia că insuficiența testiculară nu pare să figureze printre factorii care pregătesc terenul pentru dezvoltarea paraliziei generale la adulți. În paralizia generală juvenilă, insuficiența testiculelor, ca și aceea a ovarelor este foarte frecventă.

Adăugăm de asemenea aici că Stern, într-o monografie foarte interesantă, a susținut de curînd că hipofuncțiunea testiculară, cu instabilitatea tiroidiană și hiperfuncțiunea hipofizară, ar realiza împreună o tulburare pluriglandulară, care ar crea terenul pentru evoluția bolii lui Bayle. Aceste fapte merită să fie luate în considerare serios, căci studiul terenului în bolile mintale, ca și în celelalte boli, prezintă cel mai înalt interes științific și practic.

Nu putem spune nimic important despre starea prostatei în paralizia generală. Greutatea pancreasului pare ușor crescută (100, 90, 80, 80, 68 g) media fiind de 83,60 g, medie care pare superioară greutății normale. Se observă uneori leziuni sclerotice sau vasodilatație (Schmiergeld, Laignel-Lavastine, Parhon). Ficatul prezintă adesea alterații ca atrofie, vasodilatație, degenerescență grasă, mai rar ciroză (Klippel, Lukacz, Pilcz, Lombardo, Kraepelin, Schmiergeld, Laignel-Lavastine, Vigoureux, Marie și Dide, Catola, Parhon). Mai notăm prezența celulelor plasmatice semnalate de Catola. Leziuni ca vasodilatația cu hemoragii, scleroză, atrofia corpusculilor lui Malpighi, celule plasmatice se găsesc și în splină (Lukacz, Pilcz, Laignel-Lavastine, Schmiergeld, Catola, Parhon). Alterațiile renale sînt de asemenea foarte frecvente.

În alcoolism, glanda tiroidă a fost studiată de De Quervain, Perrin de la Touche și Dide, Schmiergeld (63), Zalla, Garbini, Parhon. Greutatea medie este de 19,91 g. Alterațiile microscopice constau din scleroză, ectazie vasculară, descuamarea celulelor etc. Hipofiza studiată de Schmiergeld, Zalla, Garbini, Laignel-Lavastine și Victor Ionescu, arată alterații variabile ca : scleroză, abundență de celule cianofile. Alteori, glanda este mai degrabă în hiperfuncțiune și predomină celulele eozinofile. În lobul nervos, ultimii doi autori găsesc pigmentul, coloidul și eozinofilele reduse.

Suprarenalele, studiate de Schmiergeld, Léri, Garbini, Parhon, par în hipofuncțiune. Se poate spune același lucru despre testicule (Schmiergeld, Bertholet, Parhon). Garbini le-a găsit normale, în cazul său. Pancreasul, ficatul, splina par de asemenea alterate în multe cazuri de alcoolism (Schmiergeld, Parhon).

În pelagră, tiroida a fost studiată de Amaldi, Mironescu, Garbini, Parhon. Greutatea medie este de 20,33 g. Scleroza este frecventă și, aproape în jumătatea cazurilor, se observă și alterații foliculare ca : prezența coloidului hematoxilinofil, descuamație celulară etc. Cercetări recente mi-au arătat că, în multe cazuri de pelagră, se găsește hipertrofia tiroidei. Paratiroidele studiate de Mironescu, în două cazuri, aveau aparența atrofică, cu mult țesut adipos interstițial și cu celule bogate în granulații de lipocrom. O zecime din celule prezentau tipul eozinofil. Într-un caz, s-au găsit chisturi microscopice conținînd coloid. Am studiat eu însumi o paratiroidă într-un caz de pelagră. Celulele erau mici, cromofobe și cu granulații cafenii. Hipofiza, studiată de Garbini, și de mine însumi, pare de cele mai multe ori mică (0,30 ; 0,37 în loc de 0,58 cg). Se pot găsi : scleroză, ectazie vasculară, precum și fenomene hipofuncționale sau, dimpotrivă, o funcțiune activă. Suprarenalele par cel mai adesea mici și în stare de hipofuncțiune (Parhon, Garbini). Se poate afirma același lucru despre ovare și testicule. După cercetările mele, pancreasul pare mai mic decît în stare normală și prezintă de multe ori alterații sclerotice. Insulele lui Langerhans au fost, în 3 cazuri din 9, atît de abundente, încît se putea pune problema proliferării acestor formații. Ficatul poate să prezinte scleroză, supraîncărcare grasă sau pigmentară, congestie (Babeș, Sion, Parhon). Splina, rinichii (Babeș și Sion, Vassale și Belmondo, Parhon) sînt de asemenea alterați în multe cazuri de pelagră.



După ce am expus în rezumat raporturile fiecărei psihoze cu diferitele glande endocrine, să căutăm să vedem care sînt faptele ce decurg din aceste constatări în ceea ce privește rolul fiecărei glande în patologia mintală și în fiziologia normală ; și să cităm o serie de alte fapte care sprijină concepția despre rolul lor în psihologie.

Vom începe cu glanda tiroidă.

În primul rînd, această glandă are rolul principal, dacă nu exclusiv, în tulburările psihice care caracterizează mixedemul adultului, forma infantilă și cea congenitală. Nu se poate tăgădui că în acest sindrom există alterații primitive sau secundare ale celorlalte glande endocrine. Aceste alterații, însă, nu exclud rolul capital al insuficienței tiroidiene, cum o dovedesc cazurile postoperatorii (acel al lui Lancereux, de pildă), și acțiunea opoterapiei. Cazurile de psihoze basedowiene, caracterizate mai ales prin fenomene maniace sau melancolice, prin fobii și obsesii, prin idei de persecuție, ca și prin fenomene halucinatorii, scăderea memoriei — observată adesea în aceste stări — precum și cazurile observate de Boinet, Ferrarini, Parhon, Goldstein, în care tulburările psihice, reamintind pe cele ale sindromului lui Basedow, au survenit după ingerare de glandă tiroidă, dovedesc că hipertiroidizarea, și poate perversiunea funcțională a acestei glande este în stare să determine tulburări psihice de natura celor citate mai sus.

Frecvența mare a psihozelor afective maniaco-depresive în sindromul lui Basedow (am observat un al doilea caz de psihoză maniaco-depresivă

asociată cu boala lui Basedow, iar Piazza Angelo (64) descrie alt caz pe lîngă cele deja cunoscute), precum şi alte considerente, de pildă greutatea mare a tiroidei, în manie şi melancolie, m-au condus să admit cu Marbé că, în patogenia acestor psihoze, hiperfuncţiunea sau perversiunea funcţiunii tiroidiene trebuie să joace un rol important. Delmas împărtăşeşte aceeaşi părere. Se poate repeta acelaşi lucru pentru fobii şi obsesii, care fac parte, ca şi mania şi melancolia, din patologia afectivităţii. Hartenberg, este de aceeaşi părere, cel puţin pentru ereutofobie.

Trebuie să ne gîndim de asemenea la posibilitatea unor tulburări similare în patogenia unor stări paranoice apărînd în epoca menopauzei sau la femeile cu menopauză precoce, prezentînd în acelaşi timp fenomene ca : tahicardie, congestia feţei, mononucleoză precum şi o mare irascibilitate. Se pare că din acest ultim fenomen izvorăşte orientarea delirului spre ideile de persecuţie. Se vede cu uşurinţă că fenomenele de mai sus sînt din cele ce se observă şi în sindromul lui Basedow sau în urma unei hipertiroidizări terapeutice relativ însemnată. Ceea ce am spus despre starea glandei tiroide în confuzia mintală arată că este cazul să se acorde mai multă atenţie rolului posibil al acestei glande în patogenia unor cazuri care ţin de acest sindrom. Tot astfel, pe cît se pare, în unele cazuri de psihoză puerperală şi în psihozele bolnavilor de osteomalacie.

În epilepsie, cazurile clinice, anatomo-patologice şi terapeutice, pe care le-am citat, arată de asemenea rolul glandei tiroide în determinismul acceselor. În acelaşi sens pledează rezultatul experienţelor mele cu Urechia asupra fenomenelor convulsive la animalele etiroidate sau tratate cu corp tiroid. Aceste experienţe, coexistenţa sindromului lui Basedow cu epilepsia, notată de mai mulţi autori, exagerarea fenomenelor convulsive în urma tratamentului tiroidian (poate prea intensiv sau neindicat), observată în mai multe cazuri, dovedesc că, pentru menţinerea echilibrului energetic nervos, trebuie un optimum cantitativ de substanţă tiroidiană şi că, deasupra sau sub acest optimum, se pot observa mai uşor fenomenele de descărcare motrice sau tulburările psihice care caracterizează accesele epileptice.

În demenţa precoce, rolul tiroidei este mai puţin net. Totuşi, şi aici, unele fapte citate mai sus, ca de pildă constatarea în unele cazuri de demenţă precoce a unor fermenţi antitiroidieni în serul bolnavilor (Fauser), rezultatele lui Berklev şi Follis, obţinute prin tiroidectomia parţială în catatonie etc. arată că problema merită să fie studiată.

În demenţa senilă tiroida este adesea alterată şi trebuie să ne întrebăm dacă insuficienţa sau alte alteraţii funcţionale ale acestei glande nu pot să aibă partea lor în determinismul psihozei amintite ; cu atît mai mult, cu cît în general, problema a fost ridicată cu privire la senilitate şi bătrîneţe (Lorand, Parhon şi Goldstein, Léopold Lévi şi H. de Rotschild).

În unele cazuri de imbecilitate, trebuie de asemenea să ne gîndim la rolul glandei tiroide, deoarece această stare psihică se întîlneşte la un mare număr de guşaţi şi de cretini. Am arătat rolul glandei tiroide în idioţia mixedematoasă. În alte forme de idioţii, ca cea mongoloidă sau amaurotică, rolul glandei tiroide — dacă există — este mult mai obscur.

În sfîrșit, în evoluția paraliziei generale, sînt înclinat să admit cu alți autori (Volberg, Zalla, Garbini, Stern) că starea glandei tiroide are un rol, fără a putea însă preciza mai mult. Raporturile sigure ale paraliziei generale cu sifilisul nu exclud intervenția tulburărilor glandulare ; dimpotrivă, acestea din urmă pregătesc terenul pe care sămînța va încolți, după cum Stern a căutat să o dovedească în interesanta sa lucrare citată mai sus. Repet pentru psihozele alcoolice și pelagroase, ceea ce am mai spus pentru paralizia generală.

Acțiunea terapeutică a glandei tiroide în psihoze, studiată de Babcock, Clouston, Bruce, Middlemaos, Gauthier, Florian etc., s-ar putea explica în parte, printr-o modificare a terenului.

Din cele relatate se poate vedea că rolul tulburărilor tiroidiene este foarte important în patologia mintală.

Faptele studiate acum ne permit să afirmăm că rolul acestei glande în psihologia normală este considerabil.

Importanța acestei glande în psihogeneză este unul din faptele bine stabilite. Fără concursul glandei tiroide, strălucita activitate de ordin psihic, care face gloria speciei omenești, ar lipsi. Idioția mixedematoasă dovedește acest lucru. Rolul acestei glande la copilul mai mare sau la adult, este de asemenea foarte important. Ea echilibrează afectivitatea ; mixedematoșii sînt greoi, apatici, puțin impresionabili. În sindromul lui Basedow sau sub influența tratamentului tiroidian, emotivitatea se exagerează în așa grad, încît Léopold Lévi și H. de Rotschild, au putut să dea corpului tiroid numele de *glandă a emoției*. Între apatia mixedematoșilor și labilitatea emotivă a basedowienilor se situează formele de viață sănătoasă, mai constantă, mai uniformă, adică viația afectivă a omului normal. Memoria este slabă cînd este vorba de mixedem, ca și în sindromul lui Basedow. Pentru o bună funcționare a memoriei, trebuie o cantitate optimă de secreție tiroidiană. Atenția este și ea influențată de funcțiunea tiroidiană, în parte cel puțin, din cauza raporturilor pe care acest fenomen psihic le prezintă cu afectivitatea. La mixedematoși, atenția este slabă, greu de stîrnit ; dimpotrivă, ea se trezește cu ușurință la basedowieni ca și la maniaci. Starea normală se găsește între aceste două stări. În sfîrșit, glanda tiroidă, conduce viteza proceselor psihice, a asociațiilor de idei, a judecăților, a raționamentelor. Și aici, echilibrul este normal atunci cînd organismul posedă un optim de secreție tiroidiană. Cînd glanda este insuficientă, procesele psihice se petrec prea încet și se înțelege ce piedică aduce acest fenomen în cîștigarea de cunoștințe noi și în fenomenele de creație ale inteligenței. Cînd echilibrul este rupt în direcția opusă, imaginile nu pot rămîne îndeajuns în cîmpul conștiinței ; ele nu pot trezi electiv alte idei utile ; imagini nedorite se ivesc din toate părțile, și activitatea psihică, deși este intensă sau chiar prea intensă, rămîne nevolnică și stearpă.

În sfîrșit, glanda tioridă conduce somnul, care, în afecțiunile ei, este tulburat într-o direcție sau în cealaltă.

Cu privire la paratiroide, faptele pe care le avem la îndemînă sînt insuficiente pentru a ne permite afirmații precise. După cît se pare, alterațiile lor au un rol în tulburările psihice, mai cu seamă confuzionale,

observate în unele cazuri de tetanie şi poate în acelea observate în eclampsie. Alteraţia acestor organe în epilepsie este frecventă (Claude şi Schmiergeld), dar rolul patogenic al acestor modificări în *morbus sacer* rămîne încă îndoielnic, cu toate constatările lui Vassale şi Munaron care au observat rezultatele produse la asemenea bolnavi de opoterapia paratiroidiană. Într-un caz studiat de mine însumi cu Goldstein, n-am obţinut nici o ameliorare. Încă mai nesigur este rolul acestei glande în demenţa precoce şi se poate afirma acelaşi lucru despre importanţa alteraţiilor ei în evoluţia altor psihoze.

Cele afirmate pînă acum arată că problema rolului acestor glande în psihologia normală mai trebuie încă studiată.

Alteraţiile hipofizare par să fie într-adevăr răspunzătoare, cel puţin într-o oarecare măsură, de tulburările psihice observate la acromegali sau la giganţi. În unele cazuri de tumoare hipofizară (Soca, Parhon şi Goldstein) s-a constatat o somnolenţă foarte accentuată şi s-ar putea crede că această stare era în legătură cu modificările glandei. Rolul alteraţiilor hipofizare în alte psihoze nu este destul de studiat ca să putem trage concluzii precise. Vom afirma totuşi că acest organ pare să aibă adesea o greutate crescută în epilepsie, ceea ce reprezintă poate un fenomen de reacţie la toxinele care determină fenomenele convulsive, s-au care s-ar produce în cursul convulsiilor; ea este frecvent sclerozată în demenţa senilă şi se poate discuta — ca şi pentru tiroidă — dacă atare alteraţii nu-şi pot avea partea lor în fenomenele involutive ale organismului.

Amintim că glanda pare adesea mică şi alterată în pelagră, ceea ce ar putea constitui o predispoziţie spre această boală şi ar contribui să explice, împreună cu starea suprarenalelor, hipotensiunea arterială, pe care Zwilinger, precum şi eu însumi cu Ranitescu, am constatat-o în aceasta.

În ceea ce priveşte rolul hipofizei în psihologia normală, se poate admite, cu Salmon — şi numai cu titlul de ipoteză — că ea intervine în funcţia somnului (tiroida intervine cu siguranţă). Cazurile de infantilism hipofizar, starea psihică a giganţilor care amintesc din mai multe puncte de vedere pe aceea a copiilor, duc în discuţie un oarecare control al acestei glande şi în psihogeneză, ceea ce pare probabil. Münzer (65) este de părere că numitul organ trebuie să aibă o parte importantă în instinctul sexual. El se întemeiază mai cu seamă pe abolirea acestei funcţiuni psihice în sindroamele hipofizare (acromegalie etc.), abolire care poate de altfel să fie precedată, în unele cazuri (ca cel descris de Buday şi Jancso), de o exagerare a instinctului genezic. Ne putem întreba decă intervenţia hipofizei în funcţiunile sexuale se exercită printr-o acţiune directă asupra centrilor nervoşi sau numai prin mijlocirea glandelor. Epifiza (66) pare să intervină de asemenea în apariţia fenomenelor fizice şi psihice ale pubertăţii şi se pune, din acest punct de vedere, problema pe care am ridicat-o cu privire la hipofiză.

În privinţa suprarenalelor, alteraţiilor lor trebuie să li se atribuie tulburările psihice observate în sindromul lui Addison şi poate unele sindroame melancolice. În epilepsie, aceste organe au uneori un volum sporit şi ne-am putea gîndi, şi aici, la un fenomen de reacţie aşa cum am

spus şi despre hipofiză. Aceste organe au poate şi ele legături cu unele stări confuzionale. În pelagră, ele sînt adesea in hipofuncţiune. Garbini crede că glandele amintite trebuie să participe la fenomenele caşectice, în care ar trebui să se încerce opoterapia suprarenală. În paralizia generală, vasodilatarea şi tendinţa la formaţii adenomatoase ar putea contribui la explicarea unor simptome observate în boala lui Bayle, obezitatea de pildă. Dar rolul suprarenalelor în patologia mintală rămîne de studiat din maî multe puncte de vedere. Un fapt ce trebuie neapărat reţinut este aplazia acestor organe în cazurile de anecefalie. Am văzut mai sus interpretările ce s-au dat pînă în prezent.

Rolul suprarenalelor în psihologia normală nu este bine precizat. Poate au şi ele un rol în dezvoltarea creierului şi, deci, în psihogeneză. Pe de o parte, cazurile de aplazie a suprarenalelor cu anencefalie şi interpretarea pe care unii autori au voit să le-o dea, iar pe de altă parte existenţa unui infantilism suprarenal, permit o atare părere. Raporturile acestor organe cu simpaticul, sistem care pare să aibă o mare importanţă în viaţa afectivă ar indica un rol al numitelor organe în această privinţă, ceea ce concordă cu cazurile de melancolie din unele leziuni ale suprarenalelor şi cu iritabilitatea addisonienilor. Astenia somatică şi psihică a acestor bolnavi ridică problema rolului glandelor menţionate, în fenomenele de tensiune psihică, în procesele zise volitive etc. Va trebui de altfel să ne amintim că suprarenalele reprezintă în realitate organe duble şi va trebui să stabilim ce parte revine substanţei corticale şi ce medularei.

În ceea ce priveşte ovarele, amintim starea psihică din menopauză sau după castrare, caracterizată prin irascibilitate, somn tulburat, cu visuri penibile, stare psihică care germinează uşor fobii, obsesii şi care constituie terenul de predilecţie al melancoliei. Un grad nu prea pronunţat de melancolie, caracterizat mai cu seamă prin pierderea bucuriei de a trăi, însă fără tulburări mintale propriu-zise, este extrem de frecvent la menopauză. Am amintit mai sus existenţa cazurilor paranoice evoluînd pe acelaşi teren de insuficienţă ovariană. Cercetările mele cu Obregia şi Urechia arată că alteraţiile histologice ale ovarelor nu justifică, pe cît se pare, părerea existenţei unui raport, între demenţa precoce şi tulburările acestor organe (la femeie). Dar mai trebuie să amintesc aici că Fauser a găsit adesea, în sîngele femeilor suferind de această psihoză, fermenţi antiovarieni.

Amintesc că activitatea ovariană agravează multe cazuri de epilepsie, dar exercită asupra altora o acţiune atenuantă. Insuficienţa ovariană favorizează arterioscleroza şi deci demenţa care evoluează pe acest teren. În alte psihoze — ca paralizia generală, pelagra — alterările ovariene sînt foarte frecvente şi pot contribui, într-o oarecare măsură, la simptomatologia şi la evoluţia acestor psihoze.

În ceea ce priveşte rolul ovarului în psihologia normală, se poate afirma că el intervine în apariţia instinctului sexual la femeie în epoca puberală, instinct a cărui desăvîrşire psihică cea mai înaltă este amorul. Deosebit, aceste glande trebuie să contribuie la înzestrarea psihismului feminin cu caractere proprii sexului. Cred de asemenea că secreţia acestor glande exercită o acţiune sedativă asupra stării psihice a femeii şi o colorează

cu un oarecare optimism, că întreține așa-numita „bucurie de a trăi". Opoterapia ovariană, care a dat rezultate bune lui N a c k e, C l é m e n t, M a i n z e r, M o n o d, C l a u d e, S o l l i e r și C h a r t i e r, în tulburările psihice evoluînd pe terenul insuficienții ovariene, sprijină acest fel de a vedea. Am recurs de curînd, cu I s c o v e s c u, la opoterapia prin lipoizi ovarieni împotriva tulburărilor nervoase și psihice ale menopauzei și am fost foarte mulțumit. Cu ani în urmă am atras atenția asupra importanței pe care aceste substanțe o pot avea în acțiunea glandelor genitale asupra restului organismului (67), (68).

În privința testiculului și a raporturilor lui cu demența precoce, cercetările noastre ne permit să nu admitem ca probabilă importanța alterațiilor lui în patogenia acestei psihoze. Dar reamintesc că F a u s e r a găsit în serul acestor bolnavi (numai la bărbați) fermenți antitesticulari. În paralizia generală, în alcoolism, mai cu seamă în pelagră și în demența senilă, aceste glande sînt adesea alterate. În unele cazuri de arterioscleroză și demență consecutivă, testiculele ca și ovarele ar putea să intervină (L a i g n e l - L a v a s t i n e). Aceste glande sînt deseori alterate în cazurile de idioție. Într-un caz de infantilism cu idioție, pe care l-am studiat cu Ț u p a, lipoizii glandei interstițiale lipseau.

În psihologia normală, testiculul joacă, pentru sexul masculin, un rol paralel aceluia exercitat de ovar la femeie.

Nu voi vorbi de intervenția posibilă a prostatei, a mamelelor etc. în patologia mintală și psihologia normală, aceste organe fiind foarte puțin studiate pînă în prezent (1913) din punct de vedere al funcțiunii lor endocrine.

Cu privire la pancreas, semnalăm alterațiile sclerotice în demența senilă și în pelagră. În aceste din urmă ar exista, se pare, uneori, o proliferare a insulelor lui Langerhans. În alcoolism, scleroza pare frecventă. Această alterație se poate întîlni uneori în demența precoce si paralizia generală, unde se găsește deseori și vasodilatația, după cum a observat L a i g n e l - L a v a s t i n e și eu însumi.

Ficatul se găsește adesea alterat în paralizia generală (vasodilatare, încărcare grasă, scleroză, celule plasmatice), alcoolism, pelagră, demență precoce (scleroză, încărcare grasă sau pigmentară, congestie), în stările confuzionale, epilepsie. Participarea alterațiilor pancreatice în simptomatologia psihopatică este cu totul nesigură. În epilepsie, unele fenomene somatice, ca scăderea coagulabilității sîngelui, pot să recunoască astfel de alterații.

Raporturile acestor două glande cu psihologia normală nu sînt încă precizate. Se poate spune același lucru despre timus, pe care B o u r n e v i l l e l-a observat regresînd precoce la idioți, și pe care eu l-am văzut persistînd într-un caz de paralizie generală juvenilă la un tînăr epileptic și la o tînără basedowiană cu fenomene maniacale etc.

Trec peste raporturile splinei și ale rinichilor cu psihologia și psihiatria, deoarece chestiunea secreției interne a acestor organe este prea puțin studiată. Pot afirma același lucru despre secreția internă a tubului digestiv a ganglionilor limfatici și chiar despre aceea a creierului, a țesutului nevroglic de pildă, considerînd că aceste probleme merită toată atenția în viitor.

★

Înainte de a termina, să încercăm să vedem prin ce mecanisme intervin glandele endocrine în viața psihică normală sau, prin alterațiile lor, în psihoze. Deși problema nu este încă îndeajuns de studiată, ni se pare că modul lor de acțiune trebuie să fie multiplu. Mai întîi, glandele influențează direct însuși sistemul nervos și putem deosebi impreună cu Münzer, glande simpaticotonice, vagotonice și politonice, ultimele putînd influența spre exemplu scoarța cerebrală, sistemul vagal, sau cel simpatic. Tonicitatea unuia sau a mai multor centri corticali fiind influențată de glande, va fi influențată și funcția lor psihică. Dar funcția se va resimți de asemenea de variațiile circulației cerebrale, de starea respirației, de oxidările organismului, de compoziția chimică a sîngelui, de bogăția sau sărăcia lui în săruri de calciu de exemplu etc. Dar, unele sau altele din aceste influențe — dacă nu toate — se vor petrece prin intermediul acțiunii simpaticotonice sau vagotonice a glandelor endocrine.

Pe lîngă această acțiune, mai mult sau mai puțin direct centrală, se poate admite și una periferică, care de altfel poate și ea să fie — cel puțin în parte — consecința primei acțiuni. Vrem să vorbim de influența glandelor endocrine asupra cenesteziei. Acțiunea glandelor genitale trebuie să recunoască, cel puțin în parte, un atare mecanism central și periferic.

Influența ovarelor asupra uterului și dezvoltării glandelor mamare, a testiculelor asupra dezvoltării prostatei, a organelor genitale externe sînt bine cunoscute. Dezvoltarea acestor organe nu se va efectua fără un răsunet asupra terminațiilor nervoase senzitive pe care ele le conțin și deci, fără o modificare a cenesteziei. Pe această cale centripetă, periferică, tonicitatea centrilor, ca și starea psihică, va fi de asemenea influențată. Münzer crede că glandele endocrine lucrează exclusiv asupra centrilor nervoși, dar cred că această părere este prea exclusivistă. S-a vorbit de o influență a tiroidei asupra culturilor microbiene, de o acțiune a adrenalinei asupra sîngelui *in vitro*; cercetările pe care le urmăresc cu Constanța Parhon tind să arate că tiroida poate chiar să influențeze germinarea semințelor vegetale.

Așadar, mi se pare că trebuie să admitem că glandele influențează nu numai diferitele părți ale sistemului nervos, dar și diferitele țesuturi, și acest ultim mecanism — la rîndul lui — va înrîuri cenestezia.

Care sînt substanțele care exercită aceste diverse acțiuni? Iodotireoglobulina pentru corpul tiroid, adrenalina pentru medulara capsulelor suprarenale. Colesterina pare să fie una din substanțele prin care lucrează corticala suprarenală. Ovarele și testiculele acționează (așa cum am crezut din 1903 și cum arată de curînd lucrările mele cu Dumitrescu și Dan precum și acele ale lui Iscovescu) prin substanțe din grupul lipoidelor. Va trebui să se studieze cu atenție, în viitor, toate aceste substanțe și, afară de ele, și acele necunoscute încă, deoarece, cu siguranță, terapeutica bolilor mintale va putea să tragă foloase din aceste cunoștințe.

ЖЕЛЕЗЫ ВНУТРЕННЕЙ СЕКРЕЦИИ В ИХ СВЯЗИ С ПСИХОЛОГИЕЙ И ПСИХОПАТОЛОГИЕЙ

(КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ)

Автор излагает методы, применяемые при изучении данной проблемы: клинический метод (изучение случаев психических расстройств с эндокринными и психическими изменениями в период изменения эндокринного равновесия), экспериментальный метод (удаление той или иной железы, опотерапия), гистопатологический метод, гуморальные исследования.

Психические расстройства при общепризнанных эндокринных синдромах. Микседема характеризуется вялостью психических процессов и снижением психических функций, в то время как при базедовом синдроме, наоборот, больной отличается живостью мышления и аффективностью. Гипертиреоз тесно свзан с аффективными психозами — манией, меланхолией, маниакально-депрессивным психозом — и с психастеническими расстройствами.

В патогенезе кретинизма щитовидная железа играет очевидную роль. Кретины чаще всего являются потомками субъектов, у которых отмечалось наличие зоба.

При иифантилизме (физическом и психическом) функцни щитовндной железы также оказываются нарушенными.

Изменения психики наблюдаются также и при тетании, акромегалии и гигантизме. Для аддисоновой болезни характерны астения, абулия, печальное настроение.

Отношение других психозов к эндокринным расстройствам. Автор высказал предположение об эндокринном, главным образом тиреоидном (и овариальном), происхождении некоторых случаев мании, меланхолии и маниакально-депрессивного психоза. При этих заболеваниях часто наблюдаются признаки гиперфункции щитовидной железы и гипофункции яичника. Средний вес щитовидной железы оказывается наиболее высоким (по сравнению со всеми остальными психозами), превышая верхний предел нормы.

Психические расстройства весьма часто встречаются при базедовой болезни. Психастенические явления нередко возникают также на фоне гиперфункции или извращения секреции щитовидной железы. Психическая лабильность, наблюдаемая при этом эндокрином расстройстве, обусловливает нервную лабильность, на почве которой может развиться истерия.

Некоторые формы хронического систематизированного бреда, возникающие в период менопаузы и характеризующиеся гиперемией лица, дрожанием, приливами крови к голове, раздражительностью и идеями преследования, повидимому, также имеют тирео-овариальный патогенез.

При раннем слабоумии исследовались главным образом половые железы. Диастемальная железа яичка остается неизмененной, однако сперматогенез отсутствует. Яичники, повидимому, не претерпевают изменений. Остальные эндокринные железы часто оказываются пораженными, однако картины этих поражений не представляют ничего характерного. Автор считает, что данный синдром вряд ли имеет эндокринный патогенез.

Поражения щитовидной железы отмечаются очень часто при эпилепсии. Средний вес железы в этом случае является наименьшим по сравнению со всеми остальными психозами. С химической точки зрения щитовидная железа содержит большое количество иода. Экспериментальное удаление железы или тиреоидная опотерапия приводят к усугублению склонности к судорожным припадкам. Гипофиз нередко оказывается пораженным, причем вес его увеличен; то же отмечается и в отношении яичников (менструальные расстройства или ухудшение болезненных симптомов во время менструаций).

При спутанности сознания очень часто отмечаются повреждения щитовидной железы и других желез.

При старческом слабоумии наблюдается склероз щитовидной железы, атрофия или расширение фолликулов, а также гипофункция половых желез.

При идиотии, имбецильности, психической дебильности изменения щитовидной железы встречаются сравнительно часто.

Анэнцефалия иногда сочетается с атрофией надпочечников.

У идиотов нередко наблюдается эктопия или задержка развития яичек.

При прогрессивном параличе часто отмечаются поражения щитовидной железы, гипофиза, яичников, яичек. По Штерну, гипофункция яичек с неустойчивостью тиреоидной функции и гипофункция яичника, повидимому, создают почву для развития болезни Бейля.

При алкоголизме изменения щитовидной железы весьма разнообразны. Функция надпочечников и яичек, повидимому, понижена.

При пеллагре часто наблюдаются склероз щитовидной железы и изменения фолликулов. Околощитовидные железы и надпочечники нередко оказываются гипофункциональными. Гипофиз также представляет разнообразные функциональные изменения.

Роль эндокринных желез в нормальной и патологической психологии. Дается краткий обзор ранее приведенных данных относительно роли поражений щитовидной железы в изменении психических функций. Отмечается, что эта железа играет существенную роль в психогенезе, причем ее отсутствие приводит к миксэдематозной идиотии.

Щитовидная железа уравновешивает аффективность, внимание и быстроту психических процессов. Для нормального осуществления психических функций необходимо оптимальное количество секрета этой железы.

Повреждения околощитовидных желез нередко приводят к спутанности сознания.

Изменения гипофиза вызывают отчасти психические расстройства, наблюдаемые при акромегалии и гигантизме. Эта железа играет известную роль в функции сна, в психогенезе и в половом инстинкте.

С недостаточностью надпочечников связаны психические расстройства, отмечаемые при болезни Аддисона.

Нарушения функции яичника приводят к характерным для менопаузы явлениям. Эти железы участвуют в генезе полового инстинкта у женщины, а также определяют психические черты, характерные для данного пола.

Яички играют аналогичную роль у мужчин.

Роль остальных эндокриных желез еще недостаточно выяснена.

Механизмы, посредством которых эндокринные железы влияют на нормальную психическую жизнь. Роль этих механизмов сводится либо к прямому влиянию на вегетативную нервную систему и на центральную нервную систему, либо к влиянию на развитие внутренних и внешних половых органов, что приводит к изменению кенестезии с соответствующими последствиями в области психических функций.

В противоположность некоторым исследователям, считающим, что эндокринные железы оказывают свое влияние только опосредствованно, через нервную систему, автор высказывает мнение о существовании также и прямого воздействия инкретов на ткани, которые, в свою очередь, изменяют кенестезию.

Приводятся опыты, позволяющие утверждать, что продукты секреции щитовидной железы способны влиять даже на прорастание семян растений.

В заключение дается краткий обзор существовавших в момент появления работы сведений относительно химических веществ, выделяемых эндокринными железами и способных оказывать влияние на психическую жизнь.

LES GLANDES À SÉCRÉTION INTERNE ET LEURS RAPPORTS AVEC LA PSYCHOLOGIE ET LA PATHOLOGIE MENTALE

(RÉSUMÉ)

L'auteur expose les méthodes utilisées pour l'étude de ce problème : la méthode clinique (l'étude des cas de troubles psychiques avec altérations endocrines et celle des modifications psychiques pendant la période de modification de l'équilibre endocrinien), la méthode expérimentale (ablation d'une glande, opothérapie), la méthode histopathologique, les recherches humorales.

Les troubles psychiques dans les syndromes endrocriniens unanimement reconnus. Le mixœdème est caractérisé par la lenteur des processus psychiques et la diminution des fonctions mentales ; le syndrome de Basedow, au

contraire, par une vive intelligence, de l'émotivité. L'hyperthyroïdisme est en étroite liaison avec les psychoses affectives : manie, mélancolie, psychose maniaco-dépressive et avec les troubles psychasthéniques.

La thyroïde joue un rôle évident dans la pathogénie du crétinisme. Les crétins sont d'habitude les descendants des goitreux.

Dans l'infantilisme (physique et psychique) les fonctions thyroïdiennes sont également altérées.

Des modifications psychiques existent dans la tétanie, l'acromégalie et le gigantisme aussi. L'asthénie, l'aboulie, la tristesse sont caractéristiques pour la maladie d'Addison.

Les relations des autres psychoses avec les troubles endocriniens. L'auteur a émis l'hypothèse de l'origine endocrinienne thyroïdienne (et ovarienne) de certains cas de manie, de mélancolie et de psychose maniaco-dépressive. Dans ces affections, on observe souvent des signes d'hyperfonction thyroïdienne et d'hyperfonction ovarienne. Le poids de la thyroïde est en moyenne plus élevé que dans toutes les autres psychoses ; il dépasse le poids maximum observé chez les personnes normales.

Les troubles psychiques sont très fréquents dans la maladie de Basedow. Les phénomènes psychasthéniques apparaissent souvent sur un fond d'hyperfonction ou de fonctionnement vicié de la thyroïde. L'instabilité psychique qui existe dans ce trouble endocrinien, crée une instabilité nerveuse sur laquelle peut germer l'hystérie.

Certaines formes de délires chroniques systématisés, qui apparaissent à la ménopause et sont caractérisés par la congestion de la figure, des tremblements, des bouffées de chaleur, de l'irascibilité et des idées de persécution auraient également une pathogénie thyréo-ovarienne.

Dans la démence précoce, on a étudié surtout les glandes génitales. La glande diastématique du testicule n'est pas modifiée ; par contre, la spermatogénèse est absente. Les ovaires ne paraisent pas altérés. Les autres glandes endocrines sont souvent modifiées mais de manière non caractéristique. L'auteur ne croit pas à l'origine endocrinienne du syndrome.

Dans l'épilepsie, les altérations thyroïdiennes sont très fréquentes. La moyenne du poids de cette glande est la plus faible parmi toutes les maladies psychiques. Au point de vue chimique, la thyroïde est riche en iode. Au point de vue expérimental, l'ablation de la glande ou l'opothérapie thyroïdienne conduisent à l'augmentation de l'aptitude convulsivante.

L'hypophyse est souvent altérée et d'un poids exagéré, les ovaires de même (troubles menstruels ou aggravations pendant les règles).

La confusion mentale présente, très souvent, des aspects d'altérations de la thyroïde et d'autres glandes.

Dans la démence sénile, on trouve une sclérose thyroïdienne, une atrophie ou une dilatation des vésicules, une hypofonction des glandes génitales.

Dans l'idiotie, l'imbécilité, la débilité mentale, les altérations thyroïdiennes sont fréquentes.

L'anencéphalie coexiste, parfois, avec l'atrophie des surrénales. Les idiots ont souvent des testicules ectopiques dont le développement s'est arrêté.

Dans la paralysie générale, on trouve souvent des altérations thyroïdiennes, hypophysaires, ovariennes, testiculaires. D'après Stern, l'hypofonction testiculaire avec instabilité thyroïdienne et hypofonction ovarienne pourrait créer un terrain favorable à l'évolution de la maladie de Bayle.

Dans l'alcoolisme, les altérations thyroïdiennes sont variables. Les surrénales et les testicules semblent en hypofonction.

Dans la pellagre, on trouve souvent une sclérose thyroïdienne et des altérations vésiculaires. Les parathyroïdes et les surrénales sont souvent en hypofonction. L'hypophyse a un aspect fonctionnel variable.

Le rôle des glandes endocrines dans la psychologie normale et pathologique. Les notions déjà exposées sur le rôle des altérations thyroïdiennes, dans les modifications psychiques, sont synthétisées. On démontre que la thyroïde joue un rôle important dans la psychogénèse, son absence conduisant à l'idiotie des mixœdémateux.

Cette glande équilibre l'affectivité, l'attention et la vitesse des processus mentaux. Une quantité optime de sécrétion thyroïdienne est nécessaire pour le fonctionnement normal du psychisme.

Les altérations des parathyroïdes conduisent souvent à des troubles confusionnels.

Les modifications de l'hypophyse sont partiellement responsables des troubles psychiques des acromégaliques et des géants.

L'hypophyse intervient également dans la fonction du sommeil, la psychogénèse et l'instinct sexuel.

Les troubles psychiques de la maladie d'Addison sont en relation avec l'insuffisance des surrénales.

Les troubles de la fonction ovarienne produisent les phénomènes caractéristiques de la ménopause. Ces glandes interviennent dans la genèse de l'instinct sexuel chez la femme, et déterminent les caractères psychiques propres au sexe.

Les testicules ont un rôle analogue, chez l'homme.

Le rôle des autres glandes endocrines n'est pas bien défini.

Les mécanismes par lesquels les glandes endocrines interviennent dans la vie psychique normale. Elles ont une influence directe sur le système nerveux végétatif et le système nerveux central.

Elles influent sur le développement des organes sexuels externes et internes, ce qui conduit à la modification de la cénesthésie, avec ses conséquences sur les fonctions psychiques.

En opposition avec certains auteurs, qui considèrent que l'action des glandes endocrines s'effectue seulement par l'intermédiaire du système nerveux, l'auteur croit qu'il y a également une action directe des sécrétions internes sur les tissus qui modifient à leur tour la cénesthésie.

On cite les expériences effectuées avec Mme Parhon qui tendent à prouver que la substance thyroïdienne peut influencer même la germination des semences végétales.

On mentionne, dans la conclusion, ce que l'on savait au moment de l'apparition de l'ouvrage sur les substances chimique sécrétées par les glandes endocrines susceptibles d'influencer la vie psychique.

BIBLIOGRAFIE

1. Paul Sainton, *Les troubles psychiques dans les altérations des glandes à sécrétion interne*, *L'encéphale*, apr. 1906, nr. 9.
2. Laignel-Lavastine, *Des troubles psychiques par perturbation des glandes à sécrétion interne*, rapport présenté au Congrès de Dijon, août 1908, Paris, Masson, 1908.
3. C. I. Parhon, *Cercetări asupra glandelor cu secreţiune internă în raportul lor cu patologia mintală*, Bucureşti, 1910.
4. Stoicescu şi Bacaloglu, *Două cazuri de mixedem vindecate prin ingerare de corp tiroid*, Revue de médecine, 1906, p. 237.
5. Lancereaux, *Les glandes vasculaires sanguines. Leur rôle pendant la période de croissance*, Semaine médicale, 1893, p. 25.
6. Raymond et Sérieux, *Goître exophtalmique et dégénérescence mentale*, Revue de médecine, 1892.
7. Richardson, *Indication for Thyroid Treatment*, Bull. of Monut Hope Retreat Laboratory, 1900, p. 24 — 41; ref. în Rev. neurol., 1902, nr. 13, p. 622.
8. Ascoli u. Legnami, *Die Folgen der Extirpation der Hypophyse*, Münchener med. Woch., 5 martie 1913, nr. 10, p. 518.
9. Marinescu, Parhon şi Minea, *Contribution à l'étude de l'ostéomalacie dans ses rapports avec les altérations des glandes endocrines*, Nouvelle iconographie de la Salpêtrière, ian. — feb. 1911, nr. 1.
10. Van der Scheer, *Ostéomalacie und Psychose*, Arch. für Psychiatrie, 1913, vol. 50, caiet 3.
11. Parhon et Urechia, *Note sur les rapports de la catatonie avec les altérations de l'appareil thyro-parathyroïdien*, în XVIII[e] Session du Congrès des aliénistes et neurologistes de France, Dijon, august 1901.
12. Lundborg, *Eine Hypothese betreffend die Natur der catatonische Symptom-complex*, Zentralblatt. f. Nervenheilkunde, 5 aug. 1905.
13. Parhon et Goldstein, *Les secrétions internes*, Paris, 1909, p. 223.
14. Brunet, Teză, Paris, 1899.
15. Parhon et Marbé, *Contribution à l'étude des troubles mentaux dans la maladie de Basedow*, L'Encéphale, 1906, nr. 5.
16. Lundorg, L'Encéphale, 1908, nr. 2.
17. Pelizzi, *La sindrome epifisaria, macrogenitosomia precoce*, Riv. italiana di neuropatol., 1910, fasc. 5—6.
18. Klippel, *Encéphalopathie addisonienne*, Rev. neurol., 1899, p. 898.
19. Măldărescu şi Crăciunea nu, *Tulburări psihice în două cazuri de boala lui Addison*, Spitalul, 1 mar. 1910.
20. Garbini, *Le ghiandole a secrezione interna nelle malattie mentali*, Perugia, 1910.

21. Stranschi, *Das manisch-depressive Irresein*, în Handbuch der Psychiatrie von Aschaffenburg, 1911.
22. Delmas, *Troubles psychiques dans le goître exophtalmique*, teză, Paris, 1909.
23. Amaldi, *La ghiandola tiroide negli alienati*, 1897.
24. Ramadier et Marchand, *La glande thyroïde chez les aliénés*. L'Encéphale, 1908, nr. 8.
25. G. Gautier, *Les médications thyroïdiennes*, Paris, 1902.
26. Muratoff, ref. în Rev., neurol, 1907, nr. 13.
27. Léri, Congrès de Dijon, août, 1908.
28. Marie et Dide, în *Traité international de psychologie pathologique*, t. 3, Paris.
29. Sekeyan, *Contribution à l'étude du diabète lévulosurique et du syndrome clinique de Marie-Robinson*, teză, Paris, 1897.
30. Stern, *Differential Diagnose und Verlauf des Morbus Basedow und seiner unvolkommende Formen*, Jahrbücher für Psychiatrie u. Neurol., 1909, vol. XXIX.
31. Hartenberg, *La base organique de l'eutophobie et son traitement*, Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France, Bruxelles-Liège, 1—8 aug. 1910. Presse médicale, 25 feb. 1911, nr. 16.
32. Parhon et Goldstein, *État psychasténique survenu chez une jeune fille épileptique soumise au traitement thyroïdien, disparaissant par la cessation du traitement et reparaissant par sa reprise*, Rev. neurol., 1908, nr. 1.
33. Lévi et Rotschild, *Des syndromes psycho-nerveux thyroïdiens*, Congrès de Dijon, août 1908, Rev. neurol., 1908, nr. 16, p. 861.
34. Claude, *Congrès de Dijon, août 1908, Comptes rendus*, p. 86.
35. Lévi et H. de Rotschild, *Études sur la physiopathologie du corps thyroïde et de l'hypophyse*, Paris 1908.
36. Obregia, Parhon et Urechia, *Recherches sur les glandes génitales, testicules et ovaires, dans la démence précoce*, L'Encéphale, feb. 1913, nr. 2.
37. Fauser, *Zur Frage der Vorhandensein spezifischer Schutzfermente in Serum vom Geisteskranken.*
38. Berkley, *An Abstract of the Result Obtained in the Treatment of Catatonia by Partiel Thyroidectomie and Thyro-lecithin*, Folia neurobiologica, t. II, p. 157—166.
39. Perrin de la Touche et Dide, *Contribution à l'étude anatomopathologique des thyroïdites chroniques*, Arch. de méd. exp. et d'anatomie pathol., 1904, nr. 1.
40. Benigni e Zillochi, Riv. sperimentale di freniatria, 1908, fasc. 1—2.
41. M-elle Pascal, *La démence précoce*, Paris, 1911.
42. Claude et Schmiergeld, *Les glandes à sécrétion interne chez les épileptiques*, Congrès de Dijon, août, 1908, L'Encéphale, 1909.
43. Zalla, *Contribution a l'anatomie pathologique de la glande thyroïde et de l'hypophyse dans quelques maladies mentales et nerveuses, L'Encephale*, oct. 1909, nr, 10.
44. — *l'Anatomia patologica della ghiandola tiroide nell'epilepsia, nell'alcoolismo cronico e nella demenza precoce*, Riv. di patol. nervosa e mentale, 1910, an. XV. fasc. 12.
45. Monery, *La fonction iodée du corps thyroïde*, teză, Lyon, 1903.
46. Claude et Blanchetière, *Sur la teneur en iode de la glande thyroïde dans ses rapports avec la constitution anatomique de l'organe*, Journ. de physiol. et de pathol. générale, iul. 1910, nr. 4.
47. Claude, *L'opothérapie uni - ou pluriglandulaire comme adjuvant du traitement bromuré dans l'épilepsie*. La Clinique, 26 apr. 1912.

48. Parhon et Urechia, *Recherches sur l'influence des glandes endocrines sur l'excitabilité des centres nerveux*, Bull. de la Soc. de méd. mentale de Belgique, febr. 1913, nr. 116.
49. Mairet et Bosc. *Recherches sur les effets de la glande pituitaire administrée aux animaux, à l'homme sain et à l'épileptique*, Arch. de physiol.. iul. 1896, ref. în Rev. neurol., 1908.
50. Parhon și Urechia, *Citeva considerațiuni asupra influenței menstruației asupra frecvenței acceselor de epilepsie*, Soc. roumaine de neurol. et de psychiatrie, Journ. de neurol. 1908.
51. Trepsat, *Epilepsie et menstruation*, L'Encéphale, iun. 1908.
52. Toulouse et Marchand, *De la thérapeutique ovarienne chez les épileptiques*. Rev. de psychiatrie, 1899, p. 80.
53. Kaufmann, *Beiträge zur Path. des Stoffwechsels bei Psychosen*, Die Epilepsie, Iena, 1908.
54. Nissipesco, *Contribuțiuni la studiul epilepsiei*, teză, București, 1908.
55. Dupouy, *Les psychoses puerpérales et le processus d'intoxication*, teză, Paris, 1904.
56. Münzer, *Zur Aetiolgie der Puerperalpsychosen*, Neurolog. Zentrallblatt, 1911, nr.15.
57. Laignel-Lavastine et Victor Ionesco, *L'hypophyse chez les aliénés*, L'Encéphale, 1911—1913.
58. Ilberg, *Das Centralnervensystem eines Hemicephalus mit Aphasie der Nebennieren*, Arch. für Psychiatrie, 1902, vol. 36, caiet. 2
59 Pende, *Patologie dell'apparechio surrenale e degli organi parasimpatici*, Milano, 1910.
60. Parhon et Țupa, *Recherches anatomiques sur un cas d'infantilisme chez un idiot cryptorchide. Contribution à l'étude de la pathogénie de l'infantilisme*, Archives de neurol. feb. 1913.
61. Volberg, *Studiu asupra alterațiunilor glandelor tiroide în paralizia generală*, teză, București, 1896.
62. Stern, *Über die körperlichen Kennzeichen der Disposition zur Tabes*, Leipzig-Viena, Deuticke, 1912.
63. Schmiergeld, *Lésions des glandes à sécrétion interne dans deux cas d'alcoolisme*, Arch. de méd. exp. 1909, nr. 1.
64. Piazza Angelo, *Psicosi maniaco-depression. morbo i Basedowe atassia tipo Marie, malattia di Friedrich*, Riv. italiana di Neuropatol., mar. 1913, vol. VI, fasc. 3.
65. Münzer, *Über die Einwirkung der Blutdrüsen auf den Ablauf psychischer Funktionen*, Berliner klinische Wochenschrift, 1912.
66. — *Die Zirbeldrüse*, Berliner klinische Wochenschrift, 1911, nr. 37.
67. Parhon et Goldstein, *Les sécrétions internes*, Paris, Maloine, 1909.
68. Parhon, Dumitrescu et Nissipesco, *Note sur les lipoïdes des ovaires*, Soc. de biol. 1909.

CONSIDERAŢII ASUPRA ROLULUI ALTERAŢIILOR ENDOCRINE ÎN PATOGENIA DEGENERESCENŢEI*

Degenerescenţa se caracterizează mai cu seamă prin tulburări în dezvoltarea intra- sau extrauterină, tulburări interesînd nu numai diverse organe dar şi activitatea psihică, manifestare a activităţii cerebrale.

Aceste tulburări, foarte diferite şi foarte numeroase, nu depind toate de una şi aceeaşi cauză.

Unele pot să depindă de o infecţie intra- sau extrauterină, care poate să privească direct organele a căror dezvoltare o împiedică, sau să le influenţeze în mod indirect, prin mijlocirea altor organe, care intervin în nutriţia intimă a ţesuturilor, adică glandele cu secreţie internă.

De altfel, acestea din urmă pot să fie tulburate în dezvoltarea sau în funcţiunea lor de o alteraţie ereditară şi atunci fenomenele degenerative pot fi foarte intense.

Problema degenerescenţei se studiază mult din punct de vedere clinic, dar din punct de vedere patogenic abia este atinsă.

În rîndurile de mai sus am încercat să arăt în mod general ce cale ar trebui urmată, după părerea mea, pentru a studia cu folos patogenia fenomenelor degenerative.

Vom arăta că în aceste fenomene alteraţiile endocrine joacă desigur un rol important asupra căruia ţinem să atragem în mod deosebit atenţia şi pe care va trebui să-l precizăm tot mai mult.

Pînă acum cîţiva ani rolul acestor alteraţii nu a fost pus în evidenţă şi manualele de psihiatrie, chiar cele mai complete, nu vorbesc despre el. Iată raţiunea prezentei noastre comunicări.

Studiul alteraţiilor mintale în sindromul lui Basedow ne-a atras atenţia asupra relaţiei care există între degenerescenţă şi tulburările de ordin endocrin.

---

* Comunicare prezentată la Al XVIII-lea congres al alieniştilor şi neurologilor din Franţa şi ţările de limba franceză, Dijon, aug. 1908.

Într-o lucrare asupra acestui subiect, în colaborare cu M. M a r b é, discutînd cele două păreri care pun menționatele alterații, fie pe seama degenerescenței, fie pe seama unei tulburări tiroidiene, am făcut următoarele observații :

„Corpul tiroid are o influență considerabilă în dezvoltarea individului și în menținerea stării lui generale.

Deși în cadrul degenerescenței se integrează prea adesea fapte care au între ele doar afinități aparente, degenerații rămîn în orice caz indivizi a căror evoluție și dezvoltare s-a făcut în mod defectuos.

Aceste considerații ne fac să punem întrebarea dacă *în cazurile de boala lui Basedow, cu tulburări psihice și degenerescență, totalitatea acestor tulburări nu ar putea avea ca punct de plecare o modificare primitivă a funcției tiroidiene*"[1])

Într-o lucrare ulterioară[2]), publicînd cu M. G o l d s t e i n cazul unei fete epileptice la care în timpul opoterapiei tiroidiene a apărut un sindrom psihastenic (fobii, obsesii), am revenit asupra problemei degenerescenței în raport cu glandele cu secreție internă.

Iată ce spuneam atunci : „Chestiunea terenului este de altfel foarte complexă și una din problemele cele mai însemnate ale patologiei generale este aceea de a căuta să analizăm în ce constă această noțiune.

De pe acum, ne pare fapt cert că tulburările glandelor endocrine joacă un rol din cele mai însemnate și, mărginindu-ne la degenerescență, vom reaminti rolul important al glandei tiroide sau al hipofizei în unele stări care se clasează în capitolul mare și elastic al degenerescenței : ne gîndim la infantilism și gigantism".

M a r b é a revenit de asemenea asupra problemei degenerescenții din punct de vedere patogenic. El insistă asupra faptului că la multe femei care prezintă impulsii, obsesii etc. atare tulburări apar în perioada premenstruală și dispar sub influența instalării fluxului menstrual, sau, mai bine zis, cum se exprimă autorul, sub aceea a prezenței în mediul intern a unei mai mari cantități de secreție ovariană. El insistă și asupra modificărilor somatice produse de insuficiența diferitelor glande sau prin injecțiile de extrase glandulare, și admite că alterațiile ovariene și ale altor glande intervin în patogenia degenerescenței, atît somatice cît și psihice, în care există o viciere a mediului intern, favorizată de tulburări primitive în funcția glandelor cu secreție internă.

Mai recent, L u n d b o r g[3]) a consacrat o lucrare interesantă patogeniei degenerescenței. Numitul autor amintește rolul important pe care îl joacă glandele endocrine ca regulatoare ale nutriției generale și atribuie alterațiilor acestor glande un rol esențial în fenomenele degenerative, fără să excludă totuși o acțiune directă a intoxicațiilor asupra sistemului nervos. El este de părere că cercetările trebuie făcute și în această direcție și că trebuie să se studieze acțiunea toxicelor (a alcoolului, de exemplu),

---

[1]) *Contribuții la studiul tulburărilor mintale în boala lui Basedow*, L'Encéphale, 1906, nr. 5.

[2]) *Stare psihastenică survenită la o tînără epileptică supusă tratamentului tiroidian, dispărînd prin încetarea tratamentului și reapărînd prin reluarea lui*, Rev. neurol., 1908, nr. 1.

[3]) *Essai d'explication de la nature intime de la dégénérescence*, L'Encéphale, 1908, nr. 2.

administrate animalelor mici, asupra uneia sau alteia din glandele cu secreție internă etc.

In nota de față vom încerca să arătăm că, pentru mai multe din glandele cu secreție internă, există observații care indică rolul alterației lor, asupra degenerescenței.

FENOMENE DEGENERATIVE IN RAPORT CU GLANDA TIROIDĂ

In majoritatea cazurilor, infantilismul constitue un sindrom somatic și psihic în raport cu hipofuncția glandei tiroide. Dar același sindrom se clasează în cadrul vast al degenerescenței.

După părerea noastră și a altor autori, tot alterațiilor tiroidiene este cazul să atribuim cea mai mare parte din simptomele cretinismului endemic, deși nu putem să excludem și influența directă exercitată de agenții etiologici ai gușii endemice asupra centrilor nervoși sau asupra altor organe. Dar, repetăm, credem că alterațiile funcțiilor tiroidei joacă un rol esențial, iar faptul că bolnavii, la care degenerescența este sensibil mai evidentă, sînt tocmai acei ai căror părinți erau și ei gușați, sprijină după părerea noastră, această concepție. De altfel, mixedemul constituie el însuși un exemplu foarte net de degenerescență, deși nu-l găsim clasat în acest cadru, ceea ce se poate atribui faptului că este mai bine cunoscut sub raportul patogeniei lui. Dar trebue să clarificăm și problema celorlalte stări, degenerative chiar dacă termenul de degenerescență va fi atunci tot mai puțin întrebuințat.

Cazurile de sindrom al lui Basedow, cu fobii și obsesii, precum și cel publicat de unul din noi cu Goldstein — la care am făcut aluzie mai sus — tind să dovedească rolul hipertiroidiei în tulburările psihice ce se pun de obicei în sarcina degenerescenței.

Glanda tiroidă joacă, poate, un rol și în alte tulburări degenerative, dar nu insistăm mai mult asupra acestei probleme.

FENOMENE DEGENERATIVE ÎN RAPORT CU HIPOFIZA

Regis clasează gigantismul, ca și acromegalia, printre tulburările degenerative. Deși patogenia acestor sindroame este încă discutată, este foarte probabil că hipofiza joacă un rol important în producerea lor. Dar este de asemenea probabil că, în unele cazuri, și alte tulburări degenerative, ca infantilismul, să fie în raport cu o leziune a hipofizei. Nazari a publicat de curînd un asemenea caz. Raymond a publicat un altul, mai înainte. În cazul său, era vorba de un tînăr de 17 ani prezentînd stigmate evidente de degenerescență fizică, asimetrie facială, vizibilă mai cu seamă cînd rîdea, dezvoltare întîrziată a organelor genitale, deformația craniului, conformație corporală, care, poartă pecetea infantilismului. La necropsie, s-a găsit o tumoare la baza encefalului. Din corpul pituitar nu a rămas nici o urmă.

FENOMENE DEGENERATIVE ÎN RAPORT CU ORGANELE GENITALE

Moebius consideră toate tulburările caracterelor sexuale primare sau secundare, ca şi pe acelea ale instinctului sexual, atît timp cît aceste tulburări nu sînt accidentale, ca fiind unul din cele mai importante semne de degenerescenţă. Unele cazuri de infantilism cu gigantism observate la „castraţii naturali", şi poate gerodermia genito-distrofică a lui Rummo şi Feranini, aparţin acestui grup.

Pe de altă parte, se pare că în tulburările atribuite degenerescenţei psihice şi manifestate la epoca pubertăţii, în perioada premenstruală etc., trebuie de asemenea să ne gîndim la un dezechilibru între funcţiunile glandelor genitale şi acelea ale altor glande endocrine.

FENOMENE DEGENERATIVE ÎN RAPORT CU GLANDELE SUPRARENALE

Mai mulţi autori, ca Ilberg, Bender şi Levy, Ruju, au atras atenţia asupra coexistenţei unor cazuri de anencefalie cu aplazia suprarenalelor şi se pare, într-adevăr, că trebuie să admitem — cu primul din aceşti autori — un raport de la cauză la efect, între aplazia suprarenală şi anencefalie. Dar aceasta din urmă constituie cu siguranţă semnul unei degenerescenţe accentuate şi de altfel incompatibilă cu o viaţă prelungită.

Morlat a vorbit de un infantilism suprarenal.

De asemenea, alte glande cu secreţie internă pot probabil să intervină în patogenia fenomenelor degenerative.

Nu vom insista mai mult. Ne mulţumim, în această notă, de a aminti principalele tulburări degenerative în raport — sigur pentru unele, probabil pentru altele — cu alteraţiile endocrine.

Am dat o primă clasificare provizorie, care nu are alt scop decît de a atrage mai mult atenţia asupra acestei probleme care urmează să fie completată şi precizată prin studii ulterioare.

О РОЛИ ЭНДОКРИННЫХ РАССТРОЙСТВ В ПАТОГЕНЕЗЕ ВЫРОЖДЕНИЯ

(КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ)

В настоящей статье автор показывает роль эндокринных расстройств в патогенезе вырождения, устанавливая следующую класификацию:

Дегенеративные явления, имеющие отношение к щитовидной железе: инфантилизм, микседема, кретинизм, фобии и навязчивые идеи в некоторых случаях, повидимому, связанные с гинертиреозом.

Дегенеративные явления, имеющие отношение к гипофизу: акромегалия, гигантизм, некоторые случаи инфантилизма.

Дегенеративные явления, имеющие отношение к половым железам: инфантилизм с гигантизмом у природных кастратов, и, вероятно, генито-дистрофическая геродермия, некоторые явления психического вырождения, возникающие в период полового созревания или в предменструальный период.

Дегенеративные явления, имеющие отношение к надпочечникам: анэнцефалия с аплазией иадпочечников.

CONSIDÉRATIONS SUR LE RÔLE DES ALTÉRATIONS ENDOCRINIENNES DANS LA PATHOGÉNIE DE LA DÉGÉNÉRESCENCE

(RÉSUMÉ)

Dans ce travail, l'auteur expose le rôle des altérations endocriniennes dans la pathogénie de la dégénérescence et établit la classification suivante :

Les phénomènes dégénératifs en rapport avec le corps thyroïde : l'infantilisme, le mixoedème, le crétinisme. Les fobies et les obsessions paraissent être parfois en relation avec l'hyperthyroïdisme.

Les phénomènes dégénératifs en rapport avec l'hypophyse : l'acromégalie, le gigantisme, certains cas d'infantilisme.

Les phénomènes dégénératifs en rapport avec les glandes génitales : l'infantilisme avec gigantisme des châtrés naturels, et peut-être, la gérodermie génito-dystrophique, certains phénomènes de dégénérescence psychique qui apparaissent à la puberté ou à l'époque prémenstruelle.

Les phénomènes dégénératifs en rapport avec les capsules surrénales : anencephalie avec aplasie des surrénales.

CERCETĂRI ASUPRA ACTIVITĂȚII NERVOASE SUPERIOARE ÎN ENDOCRINOPATII

CONTRIBUȚII LA STUDIUL TULBURĂRILOR MINTALE ALE BOLII LUI BASEDOW *

Prezența unor tulburări psihice, ca de pildă emotivitatea exagerată, excitabilitatea, mînia fără motiv etc., sînt constante în boala lui Basedow. Dar tulburările mintale mai accentuate sînt mai rare, deși nu cu totul excepționale.

Astfel, pentru unii autori, poate să existe, între ultima și cele dintîi, o relație de la cauză la efect.

Printre acești autori cităm pe Rendu (1), Ball (2), Jaquin (3), Toulouse (4), Joffroy, Souckanoff (5), Austin (6), Devay (7), Taubmann (8), Buchan (citat după (8)), Richardson (9). Ei explică producerea tulburărilor mintale în atare cazuri prin modificările produse de boala lui Basedow în circulația cerebrală și mai cu seamă prin tulburările funcționale ale tiroidei (Souckanoff, Toulouse, Marzochi et Antonini, Austin, Devay).

Robertson (10) consideră boala lui Basedow și tulburările mintale care o însoțesc ca efecte paralele ale unei cauze comune, care ar fi leziunea simpaticului. Boettger (11) are o părere identică.

Pentru alți autori, ca Boedecker (12), Savage (13), nu există decît o întîmplătoare asociere între tulburările mintale și gușa exoftalmică.

Raymond și Sérieux (14), (15) împărtășesc aceeași părere, admițînd o asociație între două boli diferite.

Joffroy (16), (17), într-o lucrare ulterioară celor citate, își exprimă părerea că nu este vorba decît de simple asociații, favorizate, totuși, de terenul basedowian.

Dromard și Levassort (18) admit degenerescența ca fiind cauză comună a bolii lui Basedow și a tulburărilor mintale.

* În colaborare cu S. Marbé. Publicată în L'Encéphale, sept.-oct. 1906, nr. 5.

Pentru Boetteau (19), tulburările mintale țin, fie de neurastenie, fie de ereditatea nervoasă.

În sfîrșit, mai mulți autori admit că boala lui Basedow produce tulburări mintale în unele cazuri, dar că în celelalte nu este vorba decît de o simplă asociație (Ball, Greidenberg, Taubmann).

E părerea care, *a priori*, ne pare cea mai probabilă.

Dar interesul problemei nu constă atît în a ști dacă există cazuri în care tulburările mintale țin de o boală asociată cu gușa exoftalmică, ci dacă aceasta din urmă este în stare să producă, prin ea însăși, tulburări mintale.

Am avut prilejul să studiem două cazuri care ne vor permite să discutăm această problemă.

Vom da mai întîi observațiile acestor cazuri; vom studia apoi succesiv raporturile ce pot să existe între boala lui Basedow și diferite tulburări psihice întîlnite în această boală; și, în sfîrșit, vom expune ipoteza, care — după părerea noastră — este mai aproape de realitate.

Observația nr. 1. *V.G.*, de 35 de ani. În antecedentele sale ereditare nu putem semnala nici un amănunt important, căci bolnava nu-și amintește din viața părinților ei nimic care ar putea să ne intereseze. Aceștia nu mai trăiesc. A avut doi frați, din care unul a murit de tuberculoză, al doilea s-a sinucis. O fată a fost eroina unei drame pasionale.

Bolnava a dus în copilărie o viață luxoasă, părinții ei fiind bogați. În această perioadă a vieții, a suferit de paludism. Mai tîrziu, a avut pojar. Menstruația a apărut la 13 ani; dura trei zile, era relativ abundentă și însoțită de ușoare dureri. Măritată la 17 ani, a avut o fată care a murit la vîrsta de 5 ani.

Cu cinci ani în urmă, bolnava a divorțat de soțul ei, și a intrat într-o mănăstire, de unde a plecat la Ierusalim. S-a înapoiat după cîțiva ani, dar rămasă fără mijloace și incapabilă să-și cîștige existența, a dus o viață dezordonată făcînd excese alcoolice și erotice.

Conștientă — după cît se pare — că starea ei mintală nu este normală, s-a dus din proprie inițiativă de mai multe ori la ospiciul de alienați, spre a cere să fie internată, dar cum nu avea actele necesare, nu a fost admisă. S-a dus atunci la Palatul de Justiție unde a făcut scandal ca să i se întocmească actele necesare pentru internare. O dată formalitățile îndeplinite, a fost internată la ospiciul de alienați. Dar în curînd a fost pusă în libertate și și-a reluat viața rătăcitoare. Cu un an în urmă a avut o erupție pe corp, dar este greu de precizat de ce natură. Ea afirmă că nu a avut nici anghină, nici cefalee.

În sfîrșit, în 1904, a venit la consultațiile serviciului doctorului Turbure, la spitalul Pantelimon, și, după cererea ei, a fost primită acolo.

Examinînd bolnava, se constată că prezintă o dezvoltare mijlocie a taliei precum și a țesutului muscular și adipos. Capul este proporționat cu restul corpului. Circumferința craniană: 530 mm, diametrul anteroposterior: 140 mm, transversa maximă: 115 mm, oblicul drept: 130 mm, oblicul stîng: 120 mm; semicircumferința anterioară: 280 mm. Fața ușor asimetrică. Exoftalmie. Pupilele sînt miotice și inegale, cea dreaptă fiind ceva mai îngustă decît cea stîngă, care de altfel e și ea miotică. Bolta palatină este înfundată. Buza superioară acoperită cu o umbră de mustață ca la un adolescent. Se constată de asemenea și cîțiva peri pe bărbie. Corpul tiroid vădit hiperatrofiat. Circumferința gîtului în porțiunea mijlocie: 345 mm. Tumoarea are o consistență elastică, nu este dureroasă, și prezintă pulsații.

Bolnava pretinde că hipertrofia datează din copilărie, dar că poate a crescut de atunci.

Nu se constată nici semnul lui Stelwag, nici cel al lui Moebius sau De Graeffe.

Se observă pulsațiile carotidelor. Pulsul este moale, depresibil; 108 bătăi pe minut. Nimic la plămîni. Cu privire la tubul digestiv, se constată greață și apăsare epigastrică după masă. Abdomenul este balonat și prezintă un timpanism exagerat. Nimic la ficat și splină. Menstruația neregulată, lipsind uneori mai multe luni. Tegumentele sînt totdeauna umede. Urina, normală cantitativ, nu conține nici albumină, nici zahăr. Nu prezintă nici glicozurie alimentară. La membrele superioare se constată o ușoară tremurătură. Limba prezintă o tremurătură foarte pronunțată.

Bolnava are sensibilitatea tactilă și dureroasă normală, cea termică este scăzută. Nu are tulburări ale sensibilității articulare, osoase etc. Are un prurit pe membre și pe spate. Cu

privire la sensibilitatea senzorială, se notează o diplopie temporară. Reflexul pupilar este păstrat, dar este puţin paretic. La fel şi reflexele tendinoase. Se constată lipsa reflexului faringian.

O puncţie lombară arată că lichidul cefalorahidian nu conţine elemente figurate.

Din punct de vedere psihologic, se constată tulburările următoare : bolnava are o atitudine lipsită de decenţă. În timp ce internul procedează la observaţia ei, îi aruncă priviri erotice şi îi cere să rămînă singuri în cameră, să-i examineze organele genitale. Ea încearcă chiar să-l alinte pe interlocutorul ei, şi apoi îl respinge cînd vede că acesta nu-i răspunde la provocări.

Încearcă mereu să schimbe patul şi salonul şi cere o cameră numai pentru ea singură ca să-şi poată primi iubitul.

Orientarea nu este prea alterată. Totuşi bolnava prezintă adesea o expresie rătăcită, confuză. Atenţia şi voinţa îi sînt foarte slabe. Din punct de vedere afectiv se constată, pe lîngă tendinţele erotice descrise mai sus, o scădere a sentimentelor faţă de familie, şi mai cu seamă o iritabilitate foarte accentuată care se manifestă prin mînii violente, izbucnite pentru cel mai mic lucru şi în cursul cărora îşi pierde cumpătul insultînd personalul de serviciu, inclusiv pe doctori.

Este veşnic nemulţumită ; susţine că nu este îngrijită la spital, că infirmierele au ciudă pe ea etc.

Din cînd în cînd, pare că prezintă halucinaţii. Pretinde că vede demoni care se schimbă în îngeri dacă ea face semnul crucii. Această stare durează de mult, căci tocmai aceste halucinaţii au determinat-o — după spusele ei — să facă hagialîcul la Ierusalim.

Memoria este foarte obtuză; nu-şi aminteşte unele din cele mai importante fapte ale vieţii ei.

Bolnava a rămas foarte puţin timp internată. Ea a cerut cu multă insistenţă să fie eliberată şi a fost imposibil să o reţinem pentru a o face să urmeze un tratament regulat.

De atunci şi-a reluat viaţa rătăcitoare, pînă în ianuarie 1906, cînd a revenit la spitalul Pantelimon şi, la cererea ei, a fost admisă în serviciul profesorului Marinescu. Dar şi aici a manifestat aceeaşi nestatornicie şi aceeaşi nemulţumire. Se plîngea că infirmierele o persecută, că îşi bat joc de ea, că nu este îngrijită etc.

Cu multă greutate s-a lăsat examinată de intern. În sfîrşit a doua sau a treia zi a cerut să iasă din spital, ceea ce i-a fost acordat.

După cîteva zile, a revenit la spitalul Pantelimon, unde a cerut să fie internată în ospiciul d-lui dr. Turbure. Dar fiind refuzată de data asta, s-a înfuriat grozav şi a aruncat medicului şef calificativul de mizerabil.

Observaţia nr. 2. Este cazul unei fete de 21 de ani, ai cărei părinţi nu prezintă manifestări patologice apreciabile. La fel şi în privinţa bunicilor şi bunicelor. În schimb, se găsesc numeroase tulburări morbide la colateralii din partea tatălui. Aşa de pildă, o soră a tatălui s-a sinucis aruncîndu-se în apă. Se spune că era nebună. O altă soră prezintă crize de căscat şi este foarte superstiţioasă. Un frate (al tatălui), alcoolic ; altul, în vîrstă, nu a fost în stare să înveţe vreun meşteşug sau să găsească o ocupaţie. Este întreţinut de soţie. Aceasta este normală dar a dat naştere unui monstru. Verii şi verişoarele bolnavei (dinspre tată) prezintă mari stigmate de degenerescenţă psihofizică.

În ce priveşte bolnava, notăm următoarele : tiroida s-a hipertrofiat începînd de la 13 ani. Bolnava a avut menstruaţia la 13 ani ; abundentă, ţinea patru zile. De atunci, prezintă palpitaţii şi a devenit iritabilă, mîniindu-se la cea mai neînsemnată contrazicere.

Cînd era la şcoală, i se întîmpla adesea să fie nevoită să se oprească pe drum din cauza palpitaţiilor violente. La şcoală, cînd era examinată, era cuprinsă de tremurături şi palpitaţii, iar emoţia o împiedica să răspundă. Tot aşa nu putea să cînte la pian, din cauza emoţiei. Simţea cum i se usucă gîtul, cum i se tulbură ochii, vederea i se împăienjenea şi nu mai vedea nimic. Bolnava mai simţea în gît un nod care o împiedica să mănînce.

A urmat fără succes mai multe tratamente. Semnalăm între altele că profesorul Marinescu i-a prescris să bea lapte de capră etiroidată. Ar fi luat şi serul lui Moebius.

În 1905 a suferit rezecţia bilaterală a simpaticului cervical.

În observaţia luată de unul din noi în 1904, găsim amănuntele următoare : corpul tiroid este hipertrofiat. Circumferinţa gîtului : 345 mm. Amigdalele sînt de asemenea hipertrofiate. Bolnava prezintă o tahicardie evidentă şi palpitaţii violente. Din cauza acestei din urmă tulburări, bolnava nu poate ieşi decît în trăsură. Membrele superioare prezintă o uşoară tremurătură cu oscilaţii rapide. Nu prezintă tulburări ale sensibilităţii obiective, afară de faptul că presiunea, pe orice parte a corpului, este dureroasă. Reflexele sînt normale. Pofta de mîncare este bună.

Mai interesante sînt tulburările psihice, prezentate de această bolnavă. Notăm mai întîi o iritabilitate exagerată. Bolnava se înfurie la cea mai mică împotrivire şi adresează vorbe grele celor care au supărat-o. Această stare psihică este însoţită de o congestie a feţei, de senzaţia că i se urcă sîngele la cap, de aceea de căldură şi de sufocare. În acelaşi timp prezintă palpitaţii şi tremurături în tot corpul. Chiar vorba îi este tremurată. Pentru a se potoli, se culcă, şi după cîtăva vreme prezintă o criză de căscat care ţine adesea 15—20 de minute. Stînd în pat i se pare de multe ori că este gata să leşine.

Bolnava este foarte ambiţioasă, egoistă,răutăcioasă. Ţine totdeauna ca dorinţele ei să predomine şi cei dimprejur să se plece voinţei sale, ceea ce obţine cu uşurinţă, căci familia caută s-o cruţe de supărări.

Bolnava mai prezintă fobii numeroase ; astfel îi este frică să stea singură într-o cameră ca nu cumva să vină cineva şi s-o ucidă, sau dacă sora ei pleacă în oraş, îi este frică să nu leşine pe stradă.

Aceste fobii s-au ivit cu doi ani înainte, în urma unui traumatism psihic. Bolnava s-a speriat de indispoziţia uneia din surorile ei. A scos un ţipăt şi a căzut în nesimţire. În urma acestui accident a început să prezinte fobiile descrise mai sus.

Bolnava are halucinaţii vizuale. Ea vede umbre omeneşti care o sperie. Aceste halucinaţii sînt aproape continue şi se produc mai ales cînd bolnava schimbă direcţia privirii sau cînd un obiect oarecare este schimbat din loc. Atunci, speriată, începe să plîngă, are palpitaţii etc., după care se potoleşte, dîndu-şi seama de lipsa de nerealitate a apariţiilor.

De obicei, visurile ei sînt penibile. Vede morţi, i se pare că se sinucide sau vede animale care o sperie. Uneori visează faptele senzaţionale pe care le-a citit în ziare.

În 1905, bolnava a suferit rezecţia bilaterală a simpaticului cervical. Operaţia s-a făcut în doi timpi.

Sub cloroform, ea spune că a văzut un mare animal cu coarne care îi şoptea la ureche : „Să-mi dai ; să-ţi dau". Ea a auzit şi sunet de „tic, tic". A văzut în sfîrşit un cer înstelat şi apoi a adormit.

După a doua operaţie, a început să aibă crize de plîns. Plîngea — afirmă ea — pentru că i se făcea rău şi simţea că este pe punctul să leşine şi să se înăbuşe.

După operaţie a avut menstruaţii suplimentare ; palpitaţiile, senzaţia de căldură, tremuratul, crizele de diaree pe care le prezenta din cînd în cînd, au dispărut.

Apoi funcţia menstruală s-a ameliorat. Menstruaţia ţine trei zile (în loc de patru) şi nu mai este dureroasă.

În ce priveşte starea psihică, ea nu s-a ameliorat, cel puţin în mod notabil. În primele două luni după operaţie, bolnava se simţea îndemnată să strice, să sfarme obiectele, dar se oprea înainte de a face aşa ceva. În acelaşi timp continua să aibă visuri chinuitoare de felul celor descrise mai sus. Mai prezenta şi tulburări psihomotoare. Avea impresia că un vierme care pornea din abdomen se urca de-a lungul spatelui, apoi în cap, şi care îi spunea : „Dă-mi să mănînc". Bolnava începea atunci să mănînce, dar glasul nu tăcea.

Prezenta şi halucinaţii vizuale înspăimîntătoare. Vedea un ţap care o ameninţa cu coarnele şi se urca chiar pe ea. Se lupta cu el, îl respingea, dar el revenea, şi aşa mai departe. Bolnava, speriată, începea să plîngă, şi se adăpostea lîngă maică-sa, dar nu mai prezenta palpitaţii.

Fobiile mai persistă. Astfel se întreabă uneori cu nelinişte dacă nu cumva a murit cineva din familie. Îi este teamă că dacă halucinaţiile prezente ar dispărea, să nu fie înlocuite de altele. Continuă să prezinte o mare emotivitate.

Într-o zi, pe cînd se întorcea acasă, a avut senzaţia că i-ar fi capul gol ca o cutie, că trupul îi este moale şi că nu-şi mai simţea corpul. Bolnava se oboseşte repede cu toate că poate lucra timp îndelungat, dacă este vorba de o muncă uşoară. Examenul bolnavei este anevoios. Ea nu-şi poate fixa atenţia, nu este statornică şi nu poate relata succesiv fazele bolii sale, astfel încît vorbeşte în acelaşi timp de fapte vechi şi de starea ei actuală.

În rezumat, am descris două cazuri de boala lui Basedow, ambele privind femei în familia cărora există, cu certitudine, caractere de degenerescenţă.

În primul caz, tulburările psihice constau în instabilitate mintală, lipsă de atenţie, irascibilitate, tendinţe erotice, halucinaţii, idei de persecuţie etc.

Pentru acest caz, nu se poate preciza în ce epocă au început tulburările mintale, nici cele basedowiene.

În al doilea caz, tulburările psihice se manifestă printr-o irascibilitate exagerată, halucinaţii cu caracter înspăimîntător, visuri chinuitoare, în sfîrşit fobii numeroase.

În acest caz, tulburările basedowiene ca şi tulburările mintale au început *în acelaşi timp* cu apariţia menstruaţiei.

Dar, pe cînd în primul caz tulburările s-au ameliorat simţitor, în urma intervenţiei operatorii, cele din al doilea caz n-au fost influenţate în mod apreciabil.

Aceste cazuri sprijină ideile lui Raymond şi Sérieux (14) asupra existenţei unui raport între tulburările psihice ale basedowienilor şi degenerescenţa concomitentă.

Nu ne credem însă îndreptăţiţi să excludem orice raport dintre sindromul basedowian sau, pentru a ne preciza ideea mai bine, dintre tulburarea funcţiei tiroidiene, şi tulburările psihice.

În primul caz, hipertrofia tiroidiană se produsese în copilărie. Tulburările mintale s-au instalat insidios, după cît se pare, după căsătorie şi probabil tot astfel a fost şi cu tulburările basedowiene. Nu am avut prilejul să urmărim bolnava suficient timp pentru a putea afirma sau nega existenţa unui paralelism între oscilaţiile sindromului basedowian şi tulburările psihice.

În al doilea caz, există un paralelism evident între începutul tulburărilor psihice, şi sindromul lui Grawes. Am putea admite aşa dar, în cazul menţionat, o relaţie directă între acestea din urmă şi cele dintîi.

În primul caz, ameliorarea tulburărilor basedowiene (palpitaţii, tremurături), înregistrată în urma operaţiei, n-a fost urmată de o ameliorare apreciabilă a tulburărilor psihice, ceea ce nu pare să confirme relaţia acestor tulburări cu cele ale funcţiei tiroidiene.

Totuşi, privind faptele cu atenţie, nimic nu dovedeşte că rezecţia simpaticului a putut să readucă complet această funcţie în stare normală. Constatarea nu ne dă dreptul să excludem rolul glandei tiroide în dezvoltarea tulburărilor mintale.

Nu credem că este necesar să admitem intervenţia isteriei pentru a explica prezenţa acestor tulburări în cazurile noastre. De altfel, nimic nu dovedeşte prezenţa sigură a acestei boli în cazurile noastre.

Cu privire la halucinaţii, credem, împreună cu alţi autori, că ele se pot explica perfect printr-o autointoxicaţie a celulelor corticale, şi în această privinţă vom remarca cîtă dreptate are Régis (20), cînd atrage atenţia observatorilor asupra erorii ce s-ar comite admiţînd o intoxicaţie alcoolică pe simpla constatare a halucinaţiilor îngrozitoare. Acestea din urmă existau în adevăr în mod foarte evident în al doilea caz, unde nu putem incrimina alcoolismul.

Aşadar, în cazurile descrise, bolnavele provin din familii unde degenerescenţa există în mod vădit, dar nu vedem motive suficiente ca să excludem intervenţia unei tulburări a funcţiei tiroidiene pentru a explica geneza alterărilor psihice din aceste cazuri.

Pe de altă parte, găsim indicat să facem aici o observație.

Corpul tiroid are o influență considerabilă în dezvoltarea individului şi menținerea stării sale generale.

Însă, deşi în rubrica degenerescenței se încadrează foarte adeseori fapte care nu au afinități aparente, degenerații rămîn indivizi a căror evoluție — voim să spunem a căror dezvoltare — s-a făcut în mod defetuos.

Aceste considerații ne fac să ne întrebăm *dacă nu cumva în cazurile de boala lui Basedow cu tulburări psihice şi degenerescență, totalitatea acestor tulburări nu recunoaşte drept punct de plecare o modificare primitivă a funcției tiroidiene*?

În acest caz, explicația ar fi exact contrarie aceleia pe care o dau Dromard şi Levassort, pentru care tulburările psihice şi boala lui Basedow ar fi efectele obişnuite ale degenerescenței.

Desigur, interpretarea noastră nu este mai puțin ipotetică decît cea formulată de autorii citați, dar este cel puțin mai precisă, deoarece ne face să înțelegem în acelaşi timp motivul tuturor tulburărilor, inclusiv degenerescența.

Constatăm în trecere că în observația lui Dromard şi Levassort, contrar celor ce gîndesc aceşti autori, se pare că tulburările psihice au apărut înaintea sindromului basedowian.

Unele manifestări vasomotoare, făcînd parte din acest sindrom, ca valurile de căldură, au început în acelaşi timp cu primele semne de alterare psihică. Reamintim aici că aceste simptome se pot provoca în mod experimental prin opoterapia tiroidiană, cu doze relativ mari.

Din acest motiv nu putem admite, cu autorii de mai sus, că în cazul lor, tulburările psihice au apărut la o epocă în care nu se manifestă nici o purturbare somatică de origine tiroidiană.

Recunoaştem că, în cazul lor, o ameliorare a tulburărilor psihice n-a fost însoțită de o ameliorare paralelă a simptomelor basedowiene (ceea ce nu înseamnă însă că primele nu aveau o legătură cu tulburarea secreției tiroidiene); totuşi, nu este mai puțin adevărat că la menopauză o agravare a tulburărilor psihice a mers paralel cu agravarea tulburărilor basedowiene.

Explicația — cam vagă, trebuie să recunoaştem — a autorilor, este că menopauza stîrneşte starea de dezechilibru latent a degeneraților.

Presupunem că faptele se pot înțelege mai bine reamintind că funcțiunile tiroidiene sînt în cea mai mare parte antagoniste celor ovariene, după cum au admis unii autori ca Hertoghe, Blondel şi după cum unul din noi a demonstrat, după cît credem, într-o lucrare în colaborare cu Goldstein (21).

Aşa fiind, prin încetarea funcțiunilor ovariene, menopauza aduce suprimarea unui factor important care modera funcțiunea tiroidiană.

Aceasta se manifestă acum în mod exagerat şi aduce labilitatea, dezechilibrul psihic, caracteristic tuturor hipertiroidienilor şi care se poate opune perfect încetinelii psihice, apatiei mixedematoşilor.



Să încercăm să studiem raporturile existente dintre tulburările mintale şi sindromul lui Basedow pe de o parte şi alterarea corpului tiroid pe de altă parte, în observaţiile publicate de alţi autori.

Ni s-a părut util să grupăm faptele după tulburarea psihică predominantă.

I

Sindromul lui Basedow şi mania. Un mare număr de autori au semnalat coexistenţa tulburărilor maniacale cu guşa exoftalmică.

Printre aceşti autori cităm pe Macdonnel (citat după (8)), Morel Mackensie, Meynert (22), Robertson, Boettger, Jensen (23), Laehr (24), Jung (25), Rendu, Johnstone (26), Landouzy (27), Clarke (28), Hirschl (29), Richardson.

II

Sindromul lui Basedow şi melancolia. Sînt numeroase cazurile în care boala lui Basedow se găseşte asociată cu melancolia. Paul (30), Noetel (31), Soukhanoff, Austin, Devay, Stenn (32), Richardson au publicat astfel de observaţii.

De asemenea, în unele cazuri observate de Cane (33), Savage, Collins (34), fenomenele maniacale alternează sau se amestecă cu cele melancolice.

Pentru Ball, tulburarea mintală cea mai frecventă în guşa exoftalmică este melancolia cu agitaţie, însoţită adesea de halucinaţii vizuale sau auditive ; alteori, găsim mania acută cu agitaţie. La fel observă şi Joffroy care, în prima lui lucrare asupra acestui subiect, admite că tulburările mintale survenite în boala lui Basedow se prezintă în general sub formă de melancolie sau sub cea de manie, făcînd parte din simptomatologia complexă a bolii.

Pentru Hirschl mania este aceea care se întîlneşte mai frecvent.

Buchan recunoaşte de asemenea predominanţa formelor maniacale şi melancolice.

Din faptele expuse rezultă că tulburările maniacale şi melancolice sînt cele care constituie majoritatea fenomenelor psihice morbide întîlnite în boala lui Basedow, iar numărul cazurilor publicate este destul de mare. Pe de altă parte, este sigur că nu toate cazurile existente au fost publicate.

Marele număr de cazuri descrise, ca şi predominanţa acestor tulburări psihice asupra celorlalte care au putut fi observate, ne fac să admitem că trebuie să existe o relaţie directă între boala lui Basedow şi tulburările amintite. De altfel, aceasta este şi părerea lui Clarke, Joffroy, Buchan, Austin, Devay etc.

Noi credem că boala lui Basedow produce tulburările citate mai ales prin perturbările determinate în funcţia glandei tiroide.

În această privinţă unele fapte sînt foarte demonstrative. Astfel, în cazul lui Paul, melancolia şi boala lui Basedow au urmat de aproape suprimarea menstruaţiei în urma unei răceli.

Ceea ce ştim despre raporturile antagoniste ale funcţiunilor ovariene şi ale celor tiroidiene ne face să înţelegem mai uşor acest caz. În cazul lui Noetel, în care melancolia a apărut în cursul bolii lui Graves, tulburările psihice au dispărut în momentul în care s-a produs şi o ameliorare a tulburărilor basedowiene.

În cazul lui Devay, melancolia se vindecă în acelaşi timp cu guşa exoftalmică.

Faptul publicat de Austin este şi mai demonstrativ. În acest caz, sindromul basedowian, ca şi melancolia, se vindecă după puncţionarea şi enuclearea unei pungi chistice a corpului tiroid. În cazul de faţă relaţia dintre tulburarea psihică şi cea tiroidiană este evidentă.



Marea frecvenţă a formelor maniacale şi melancolice în boala lui Basedow merită să mai fie pusă în lumină şi dintr-un alt punct de vedere. Acest fapt ni se pare că aduce, pe cale indirectă, o confirmare a ideilor exprimate de Kraepelin (35), despre unitatea nosologică a maniei şi melancoliei constituind psihoza maniaco-depresivă, în care cele două sindroame amintite nu constituie decît stări morbide, momente patologice, scene ale unei singure drame.

Din acest punct de vedere credem că este foarte interesant de constatat că mania şi melancolia se pot dezvolta foarte bine pe un fond patologic mai mult sau mai puţin identic, în acel creat de boala lui Basedow, mai bine zis, de intoxicaţia tiroidiană.

Fenomenul poate să aibă o importanţă şi mai mare, făcîndu-ne, poate, să întrevedem patogenia psihozei maniaco-depresive în general, sau cel puţin a unor cazuri de manie sau melancolie a căror patogenie ne era pînă acum absolut necunoscută.

Într-adevăr, consideraţiile expuse de noi mai sus ne vor conduce să formulăm ipoteza că aceste tulburări diferite ar putea avea drept cauză o perturbare în funcţiunile glandei tiroide.

De altfel, o atare ipoteză este sprijinită de un număr de fapte.

Printre acestea, cităm tulburările de nutriţie generală, tulburările vasomotoare care se întîlnesc în psihoza maniaco-depresivă sau în melancolie, luate izolat. Faptul că mania sau melancolia pot să se întîlnească alternativ sau în acelaşi timp în boala lui Basedow poate fi invocat şi aici.

Se pare că psihoza maniaco-depresivă nu poate fi atribuită unor cauze extrinsece şi Kraepelin se arată înclinat să-i caute cauza în tulburări ale schimburilor nutritive. În această privinţă, el aminteşte că în unele cazuri există de asemenea accese epileptiforme, ceea ce ar putea duce la o teorie chimică, cu atît mai mult cu cît există astăzi tendinţa de a pune şi epilepsia pe seama unei intoxicaţii.

Se cunoaşte rolul important pe care glanda tiroidă îl joacă în schimburile nutritive. Perturbări în funcţiunile ei ar putea să explice, poate, oscilaţiile în nutriţia generală observate în psihoza maniaco-depresivă. Accesele epileptiforme constatate în asemenea cazuri ar putea fi explicate printr-o leziune concomitentă a glandei paratiroide, conform părerilor

foarte interesante şi foarte sugestive emise de curînd de Lundborg, Vassale, Marinescu, Chwostek.

S-ar putea invoca, poate în aceeaşi ordine de idei, raporturile existente între psihoza maniaco-depresivă şi arterioscleroză, raporturi asupra cărora Kraepelin ne atrage atenţia. Se ştie că în prezent există tendinţa, bazată pe experienţe numeroase, de a admite părerea că arterioscleroza ar putea fi pusă pe seama hiperfuncţiei glandei suprarenale. Dar pe de altă parte, se ştie că există raporturi strînse între diferitele glande cu secreţie internă, şi vom cita aici interesantele experienţe ale lui Lortat-Jacob şi Săbăreanu. Aceşti autori au reluat, cu unele modificări, experienţele lui Josué şi, confirmîndu-le, au adăogat cîteva noţiuni noi.

Astfel, ei au găsit că ablaţia corpului tiroid împiedică sau întîrzie producerea arteriosclerozei, în timp ce ablaţia glandelor genitale o favorizează.

Dacă ne raportăm însă la patogenia bolii lui Basedow, sîntem conduşi să punem psihoza maniaco-depresivă ca şi unele cazuri de manie şi melancolie mai de grabă în raport cu o exagerare sau perversiune a funcţiei tiroidiene.

Producerea arteriosclerozei ar fi explicabilă, în acest caz, printr-o reacţie concomitentă a glandelor suprarenale.

Tot în favoarea unei tulburări tiroidiene vorbeşte şi faptul că mania, melancolia, psihoza maniaco-depresivă pot avea, cel puţin în unele cazuri, raporturi cu menstruaţia, menopauza, naşterea etc.



Cu privire la melancolia de involuţie a lui Kraepelin, acest autor observă că menopauza creează cel mai prielnic teren pentru dezvoltarea acestei boli. Ceea ce am spus despre raporturile dintre ovare şi corpul tiroid ne-ar da şi explicaţia acestui fapt, admiţînd ipoteza pe care am emis-o mai sus.

În sfîrşit, un fapt care socotim că pledează mult în sprijinul ipotezei noastre este că melancolia de involuţie, dar mai cu seamă psihoza maniaco-depresivă predomină în mod vădit la sexul femenin, întocmai ca şi mixedemul şi guşa exoftalmică, boli ale corpului tiroid. Cît despre melancolia de involuţie, Kraepelin o găseşte în 60% din cazuri la femeie, iar în psihoza maniaco-depresivă, sexul feminin prezintă *două treimi* din cazuri.

Nu avem pretenţia de a emite aici nimic mai mult decît o ipoteză. Dar ipotezele nu sînt totdeauna inutile. Credem, că nu fără dreptate Soury le-a numit „sondaje ale viitorului", iar Friedel „fermenţii ştiinţei".

Noi supunem aprecierea noastră şi criticii psihiatrilor. Studiile clinice şi anatomo-patologice asupra corpului tiroid, în diferite cazuri pe care le-am avut în observaţie, vor permite să se constate care le este valoarea. În orice caz, aceste studii nu vor putea decît să precizeze mai bine cunoştinţele noastre şi să delimiteze mai bine problema.

III

Delirul de persecuție și boala lui Basedow. Coexistența bolii lui Basedow cu delirul de persecuție sistematizat nu pare să fie frecventă. În cercetările bibliografice pe care am putut să le facem, nu am găsit nici un document incontestabil. În cazul publicat de Renaut (36) nu este vorba de un delir sistematizat și ni se pare că acest caz ar putea fi raportat tot atît de bine la melancolie. Bolnava devine posomorîtă, sfiicioasă, își ascunde capul în pernă cînd este întrebată ceva. A cerut să iasă din spital sub pretext că cei din sală au necaz pe ea, că se uită pieziș la ea. S-a aruncat în Ron chiar în ziua cînd a ieșit.

Dar, salvată de niște luntrași, ea a declarat mai tîrziu că a procedat după o impulsie de nestăpînit, deoarece i s-a părut deodată că durerile vieții sînt de neîndurat.

Apoi toate tulburările psihice s-au potolit și cele basedowiene s-au ameliorat, în mod notabil. Renaut stabilește, în acest caz, o relație directă între gușa exoftalmică și tulburările psihice, ceea ce ni se pare mai mult decît probabil.

Gilbert Ballet (37) a publicat observația unei bolnave atinsă de isterie și de boala lui Basedow în același timp. Această bolnavă prezenta halucinații și idei de persecuție. Ballet pune halucinațiile în seama isteriei.

Ele sînt transformate prin existența bolii lui Basedow, realizînd ideile de persecuție.

Dacă admitem, ceea ce ni se pare posibil, că boala lui Basedow poate crea ea însăși halucinațiile, se poate admite chiar în cazul lui Ballet că delirul de persecuție a putut fi creat direct de sindromul lui Graves. Autori ca Renaut, Rendu, Taubmann, admit că boala lui Basedow este capabilă să creeze ea însăși halucinații și idei de persecuție. După cum am spus, noi împărtășim această părere.

Regis semnalează și el, printre tulburările psihice elementare ale bolii lui Basedow, onirismul, halucinațiile nocturne.

IV

Confuzia mintală și boala lui Graves. Este foarte probabil că aceasta din urmă poate să dea naștere celei dintîi. Este părerea susținută de Regis în excelenta sa lucrare *Précis de Psychiatrie.* După el, în toate cazurile observate, unde un delir exaltat, exuberant, vanitos, neliniștit, melancolic sau persecutat coexistă cu gușa exoftalmică : „este totdeauna vorba de un acces de confuzie mintală, în general acut, manifestîndu-se în același timp prin agitație sau alternativ agitație și depresiune și prin *delir halucinatoriu de tip oniric* foarte caracteristic. Elementele cele mai frecvente ale acestui delir halucinatoriu sînt idei mistice, erotice, de persecuție, de viol, de sarcină falsă, de otrăvire, halucinații contemplative, extatice, profesionale, zoopsice, îngrozitoare, genitale.

Aceste accese sînt de obicei trecătoare, ca toate accesele de psihoze toxice și dispar după cîteva zile sau cîteva săptămîni. Numai în unele

cazuri rare se prelungesc, și pot să devie *delir cronic* mai mult sau mai puțin fals sistematizat".

V

Boala lui Basedow și isteria. Mai mulți autori au insistat asupra raporturilor bolii lui Graves și ale marii nevroze. B r u c k (citat după (8)), B a l l e t, T a u b m a n n, R a v i a r t (38) au observat asemenea fapte.

Cînd, în același timp cu această asociație, există tulburări mintale mai mult sau mai puțin accentuate, ele pot fi atribuite isteriei sau bolii lui Basedow. Evoluția lor, paralelismul ce există între tulburările mintale și simptomele isteriei sau ale gușii exoftalmice, caracterul însuși al tulburărilor psihice, ne pot conduce să le punem uneori pe seama isteriei sau alteori pe seama bolii lui Basedow. Dar cîteodată soluționarea problemei este foarte grea, ba chiar imposibilă.

P a d e r (39), R o b i n s o n (40) s-au ocupat în tezele lor de raporturile dintre isterie și gușa exoftalmică. Pentru cel dintîi este probabil că multe cazuri de guşe exoftalmică nu sînt decît cazuri de isterie care se prezintă sub un aspect special. Pentru cel de-al doilea, marea nevroză poate să dea naștere sindromului lui Basedow, determinînd o hiperactivitate a tiroidei urmată secundar de alterații istologice. Hiperactivitatea tiroidiană ar produce intoxicarea caracteristică.

Problema este foarte importantă, dar nu credem că posedăm toate datele necesare pentru a o putea dezlega. De aceea nu vom intra în discuții lungi.

Observăm totuși că și aici s-ar putea inversa problema și ne-am putea întreba dacă nu cumva tulburarea primitivă a funcțiunii tiroidiene este aceea care a creat starea de labilitate nervoasă și psihică constituind, se pare, cel mai bun teren pentru dezvoltarea isteriei.

Faptul, după cît se pare, nu are nimic neverosimil.



Ne oprim aici cu analiza raporturilor dintre boala lui Basedow și diferitele forme de tulburări psihice.

Părerea lui B o e t t e a u (19) care punea alterațiile psihice ale caracterului, ale voinței etc., observate de obicei în boala lui Graves, pe seama neurasteniei, nu ni se pare că merită să fie discutată mai pe larg.

Dar înainte de a încheia, vom cita două cazuri în care un sindrom basedowian cu tulburări mintale foarte accentuate a fost observat în condiții aproape experimentale în urma ingerării unor cantități masive de glandă tiroidă. Aceste cazuri sînt de natură să arunce o vie lumină asupra patogeniei tulburărilor mintale observate în boala lui Graves.

Primul caz a fost publicat de profesorul B o i n e t (41) din Marsilia. Un tînăr student în farmacie ia, după prescripțiile autorului, corp tiroid de oaie, pentru o dermatită exfoliatrice, care se ameliorează destul de repede, și bolnavul încetează tratamentul. Dar după un an, dermatita reapare și atunci bolnavul reîncepe de la sine tratamentul tiroidian ingerînd de trei ori pe zi două sau trei glande tiroide de oaie. După o săptămînă de acest

tratament, bolnavul, lipsit de orice tară nevropatică și fără nici o altă cauză decît ingerarea de corp tiroid, începe să manifeste tulburări mintale foarte pronunțate, constînd din agitație, idei de persecuție, refuz de alimente, acte agresive, vorbe incoherente etc. În același timp, corpul tiroid s-a hipertrofiat; se observă palpitații violente și o tremurătură a degetelor cu caracter basedowian foarte net. După încetarea tratamentului și după un repaus de două luni și jumătate, tulburările mintale dispar și tot astfel și manifestările basedowiene.

Dar reapărînd dermatita, bolnavul ingerînd din nou de la șase la opt glande tiroide de oaie pe zi, și tulburările psihice și basedowiene revin. Bolnavul este pus atunci în imposibilitatea de a-și procura corp tiroid, și tulburările descrise mai sus se ameliorează după vreo zece zile. Boinet observă cu dreptate analogia acestor tulburări psihice cu cele ce se observă la gușa exoftalmică.

Al doilea caz a fost observat de Ferranini (42) la o femeie de 30 de ani care, din cauza unei obezități, a luat în fiecare zi 6—8 tablete conținînd fiecare 0,25 cg de extract tiroidian. Sub influența acestui tratament, pulsul s-a urcat la 100—150 bătăi pe minut. Ea a prezentat tremurături, diaree, alternînd cu constipație, în sfîrșit o confuzie mintală halucinatorie. Totul a dispărut prin încetarea tratamentului.

Aceste cazuri dovedesc în mod indiscutabil că tulburările mintale, foarte asemănătoare cu cele observate în boala lui Graves, pot fi produse de intoxicația tiroidiană.

Ele sprijină părerea pe care o susținem că cea mai mare parte din tulburările mintale observate în gușa exoftalmică recunosc aceeași patogenie.

Bineînțeles, sînt cazuri în care nu se poate vorbi decît de o simplă asociație.

Vom semnala ideile, de persecuție în observația lui Boinet (43). Aceasta dovedește că asemenea idei pot să apară, fără ca să fie necesară intervenția unei alte cauze decît intoxicația tiroidiană.

НОВЫЕ ДАННЫЕ ОТНОСИТЕЛЬНО ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ БАЗЕДОВОЙ БОЛЕЗНИ

(КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ)

Приводятся случаи базедова синдрома с психическими расстройствами у двух женщин, в семьях которых наблюдались признаки вырождения.

В одном случае психические расстройства состояли в психической неустойчивости, рассеянности, раздражительности, склонности к эротизму, галлюцинациях, идеях преследования и т. п.

Во втором случае отмечены чрезмерная раздражительность, устрашающие галлюцинации, кошмары, фобии.

Психические расстройства и характерные для базедовой болезни явления возникли одновременно с наступлением менструации. Шейная симпатэктомия оказала известное влияние на эндокринные явления, не повлияв, однако, на психические.

Обсуждая гипотезу тех исследователей, которые приписывают вырождению наблюдаемые при базедовом синдроме психические расстройства, авторы настоящей статьи указывают, что гораздо логичнее обратная постановка вопроса, и объясняют явления вырождения и психические расстройства, наблюдаемые при базедовом синдроме, нарушениями функции щитовидной железы.

Роль эндокринных расстройств в патогенезе вырождения утверждается впервые.

Затем авторы подвергают анализу литературные данные о связи, существующей между базедовой болезнью и психическими расстройствами. Отмечается частая меланхолия и мания при этом синдроме. Эндокринные и психические растройства преобладают у больных женского пола, возникают главным образом во время менопаузы и — как вытекает из опубликованных наблюдений — нередко развиваются параллельно.

Затем указывается связь базедовой болезни с другими психическими заболеваниями (хроническим бредом, спутанностью сознания, истерией).

В заключение приводятся два случая из литературы, когда лечение препаратами щитовидной железы с несомненностью вызвало психические расстройства.

CONTRIBUTION À L'ÉTUDE DES TROUBLES MENTAUX DANS LA MALADIE DE BASEDOW

(RÉSUMÉ)

On présente deux observations de syndrome de Basedow avec troubles mentaux. Il s'agit de deux femmes dont les familles offraient des phénomènes de dégénérescence.

Chez l'une des malades, les troubles psychiques consistaient en instabilité mentale, manque d'attention, irascibilité, tendances érotiques hallucinations, idées de persécution, etc.

Chez l'autre, on a constaté une irritabilité exagérée, des hallucinations épouvantables, des cauchemars, des fobies.

Les troubles basedowiens et mentaux sont apparus au moment de la ménopause. La sympatectomie cervicale a influencé les phénomènes thyroïdiens, mais non pas les troubles psychiques.

En discutant l'hypothèse qui attribue les troubles psychiques du syndrome de Basedow à la dégénérescence, les auteurs démontrent qu'il est plus logique de renverser le problème et de mettre la dégénérescence et

les troubles psychiques du syndrome de Basedow sur le compte des troubles thyroïdiens.

Le rôle des altérations endocriniennes dans la pathogénie de la dégénérescence est affirmé pour la première fois.

Les auteurs analysent ensuite les données de la littérature médicale sur les connexités de la maladie de Basedow et des affections mentales. On montre la grande fréquence de la mélancolie et de la manie dans ce syndrome. Les troubles endocriniens et psychiques sont prédominants chez la femme; ils apparaissent surtout à la ménopause et ont souvent une évolution parallèle.

On démontre ensuite les relations qui existent entre la maladie de Basedow et d'autres affections psychiques (délire chronique, confusion mentale, hystérie).

En conclusion, on présente deux observations de la littérature médicale, où le traitement thyroïdien a provoqué sans conteste des troubles psychiques.

BIBLIOGRAFIE

1. Rendu, *Goitre exophtalmique,* Dict. de Dechambre.
2. Ball, *Leçons sur les maladies mentales,* 1890.
3. Jacquin, *Goitre exophtalmique et aliénation mentale,* teză, Montpellier, 1890—1891.
4. Toulouse, Gazette des hôpitaux, 1892.
5. Souckanoff, Rev. néurol., 1896.
6. Austin, *Troubles psychologiques d'origine thyroïdienne,* teză, Lyon, 1896—1897.
7. Devay, Echo médical de Lyon, 1889.
8. Taubmann, *Les états psychiques morbides et les vésanies dans la maladie de Basedow,* teză, Paris, 1903.
9. Richardson, *Basedow's Disease as a Cause of Insanity,* Bull. of Mount Hope Tetreat Laboratory, 1909; ref. în Rev. néurol., 1902, p. 747.
10. Robertson, Journal of Mental Science, 1875.
11. Boettger, Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 1877.
12. Boedecker, Charité Annales, 1889.
13. Savage, Guy's Hospital Reports, 1883.
14. Raymond et Sérieux. Rev. de Médecine, 1892.
15. Raymond, Journal de Médecine interne, 1902.
16. Joffroy, Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux, 1890; Annales médico-psychologiques, 1890.
17. — Semaine médicale, 1893.
18. Dromard et Levassort, *Dégénerescence mentale et maladie de Basedow,* Archives de néurol., ian. 1906, nr. 121.
19. Boetteau, *Troubles psychiques dans le goitre exophtalmique,* teză, Paris, 1891.
20. Régis, *Précis de Psychiatrie,* 1905.
21. Parhon și Goldstein, *Despre existența unui antagonism între funcțiile ovarului și ale corpului tiroid,* Société de Biologie, 28 feb. 1903; Archives Générales de Médecine, 1905.
22. Meynert, Psychiatrische Zentralblatt, Viena, 1871.
23. Jensen, Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 1877.

24. Laehr, Allg. Zeitschr. für Psychiatrie, 1871.
25. Jung, Allg. Zeitschr. für Psychiatrie, 1877.
26. Johnstone, Journal of Mental Science, 1884.
27. Landouzy, Journal de Médecine et Chirurgie pratique, 1886.
28. Clarke, American Journal of Insanity, 1889.
29. Hirschl, Jahrbücher für Psychiatrie, 1893.
30. Paul, Berliner Klinische Wochenschrift, 1865.
31. Noetel, Allg. Zeitschr. für Psychiatrie, 1877.
32. R. H. Stenn, Journal of Mental Science, 1905, vol. II, p. 212.
33. Cane, The Lancet, 1877.
34. Collins, The Lancet, 1877.
35. Kraepelin, *Psychiatrie*, vol. I și II, 1903—1904.
36. Renaut, Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux, 1890.
37. Gilbert Ballet, Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux, 1890.
38. Raviart, *Despre un caz de gușe exoftalmică și isterie cu acces de automatism ambulatoriu*, Bull. de la Soc. centrale de médecine du département du Nord, 27 mai 1898.
39. Pader, *Étude sur les rapports du goitre exophtalmique et de l'hystérie*, teză, Paris, iun. 1899.
40. Robinson, *Étude sur le syndrome de Graves-Basedow considéré comme manifestations de l'hystérie*, teză, Paris, iul. 1899.
41. Boinet, *Maladie de Basedow avec troubles psychiques provoqués par l'ingestion de corps thyroïdes en excès*, Revue neurol., 1899, p. 364.
42. Ferranini, *Psichosi tossica da tiroidina*, Riforma medica.
43. Boinet, Rev. de Médecine, iul. 1890.

CONSIDERAŢII ASUPRA ACTIVITĂŢII NERVOASE SUPERIOARE ÎN ENDOCRINOPATIILE INFANTILE *

Problemele privind rolul glandelor endocrine în organism, interrelaţia diferitelor glande endocrine, raportul dintre glandele endocrine şi sistemul nervos, au constituit în ultimii ani obiectul unor studii amănunţite. Raportul dintre glandele endocrine şi sistemul nervos prezintă însă două aspecte diferite: pe de o parte, acţiunea sistemului nervos asupra celui endocrin, iar pe de altă parte, acţiunea acestuia din urmă asupra sistemului nervos. Această acţiune este şi mai complexă, şi mai interesantă, la organismele în creştere. Problema este mai dificilă, prin faptul că organismul în dezvoltare este într-un echilibru instabil, morfogeneza şi fiziogeneza diferitelor structuri nefiind simultană.

Cercetările experimentale ale autorilor sovietici, ca G h e n e s, I z e r g h i n a, U s i e v i c i, P r î b î t k o v a, Z a v a d o v s k i, P e t r o v a, I v a n o v-S m o l e n s k i şi alţii, demonstrează net acţiunea hormonilor asupra activităţii nervoase superioare, subliniind importanţa pe care a dat-o I. P. P a v l o v glandelor cu secreţie internă.

În acelaşi sens pledează şi cercetările clinice, mai puţine la număr, făcute în domeniul endocrinopatiilor infantile, dintre care remarcăm cercetările asupra acţiunii glandei tiroide făcute de K r a s n o g o r s k i, A m i r o g o v a şi N i k o l a e v şi cele din boala lui Iţenco-Cushing făcute de D o b r j a n s k a i a.

La noi, cercetări în acest domeniu au fost întreprinse încă de mult de către unul din noi (acad. C.I. P a r h o n), iar în ultimii trei ani, în Institutul de endocrinologie „Prof. C. I. Parhon", s-au început, în colaborare cu colectivul copilului (V. S t ă n e s c u) cercetări sistematice asupra endocrinopatiilor infantile.

---

* În colaborare cu M. P i t i ş, R. F e l i x şi M. T e o d o r u. Publicată în „Studii şi cercetări de endocrinologie, ian. — iun. 1955, t. VI, nr. 1—2.

În această comunicare, pe care o considerăm ca o *comunicare preliminară*, am încercat să schițăm în linii mari psihologia copiilor endocrinopați (200 de cazuri), urmînd să revenim ulterior, în colaborare cu colectivul condus de V. Stănescu, cu comunicări ample și speciale pentru fiecare endocrinopatie în parte, așa cum am făcut-o pentru cazurile cu sindrom adipozo-genital și cu sindromul lui Cushing.

Am urmărit copii endocrinopați făcînd parte din următoarele grupe : hipotiroidii, hipertiroidii, spasmofilii, pubertăți precoce, ginecomastii, adipozo-genitalism, nanisme, gigantisme, diabet insipid și boala lui Ițenko-Cushing.

Ca mijloace de investigare, ne-am folosit de :

1) anamneza tipologică ;

2) reflexele condiționate motoare ;

3) procedeul lui Ivanov-Smolenski pentru cercetarea interacțiunii primului cu cel de al doilea sistem de semnalizare ;

4) observarea felului în care se comportă individul în situația în care se găsește ;

5) desene și compoziții ;

6) electroencefalograma.

1) *Anamneza tipologică.* Aceasta ne procură date asupra aspectului evolutiv al copilului, precum și asupra stării psihice prezente. Datele se obțin prin discuții amănunțite cu părinții, cu copilul, precum și cu cei din jurul copilului. În acest mod, am putut determina tipul de sistem nervos, ținînd seama de comportamentul copilului atît în timpul spitalizării, cît și înainte de internare. Prin anamneza tipologică, se studiază individul în condiții firești de viață, evitîndu-se artificialul laboratorului. Obiectivitatea investigării este asigurată prin confruntarea datelor căpătate prin discuții și observație directă.

2) *Reflexele condiționate motoare.* La grupul de copii studiați s-a elaborat o reacție condiționată motoare la un excitant complex. Excitantul complex era alcătuit dintr-o lumină roșie și un sunet slab. Reacția motoare de răspuns consta în strîngerea cu mîna a unei mici pere de cauciuc. După fixarea reflexului la excitantul complex, copilul era pus să diferențieze componenta slabă de cea puternică.

3) *Procedeul lui Ivanov-Smolenski.* Pentru cercetarea interacțiunii primului cu cel de-al doilea sistem de semnalizare, după fixarea reacției condiționate motoare, copilului i se puneau următoarele întrebări : „ce ai văzut ?", „ce ai auzit ?", „ce ai făcut ?", „de ce ai apăsat ?" și „ai apăsat cînd nu s-a aprins lumina ?".

4) *Observarea comportării individului.* Observarea felului în care se comportă individul în situația în care se găsește constă în notarea amănunțită a comportamentului copilului în timpul examenului, precum și în timpul spitalizării. Totodată se observă mimica, gesticulația, mobilitatea generală a copilului, intensitatea și rapiditatea reacțiilor motoare, oboseala.

5) *Desene și compoziții.* De asemenea, se urmărește jocul și în special cît timp se poate juca cu aceeași jucărie, cît timp poate efectua aceeași muncă, cît timp se poate concentra asupra aceleiași activități, dacă poate

înlătura piedicile și cum reacționează la excitanții inhibitori. Se dau de asemenea copilului o serie de desene și compoziții cu teme libere sau cu subiect dat.

6) *Electroencefalograma*. În laboratorul de fiziopatologie al institutului, B r o ș t e a n u a lucrat cu un electroencefalograf cu 8 canale de amplificare, utilizînd derivații transcraniene superficiale, după schema internațională standard.



Cu ajutorul acestor metode am putut desprinde psihologia copilului endocrinopat pe grupe de endocrinopatii.

Pe scurt, caracteristicile activității nervoase superioare la grupele de copii endocrinopați, sînt următoarele :

a. *Hipotiroidii*

Este caracteristică pentru acest grup încetinirea activității fizice și psihice în general și marea întîrziere în evoluția activității nervoase superioare, de unde întregul aspect psihic al acestor copii endocrinopați pare amorf, greoi, somnolent, obosit.

Ca tip de sistem nervos, acești copii aparțin tipului slab. Deși pot fixa reflexe noi, manifestă latență crescută și o inhibiție consecutivă.

În interacțiunea dintre primul și cel de-al doilea sistem de semnalizare este de remarcat că legăturile dintre excitant și reacție se stabilesc în mod defectuos sau nu se transmit de loc.

Intelectul acestor copii vădește o deficiență serioasă, care este accentuată printr-o foarte mare încetinire a gîndirii, oboseală rapidă și deficit remarcabil al atenției și memoriei, ceea ce îi face ca pe plan școlar să întîmpine dificultăți serioase, neputînd în majoritatea cazurilor face față școlarității. Sînt fricoși, emotivi, timizi, iritabili și egoiști, manifestînd de asemenea o dependență de mediu dintr-o nevoie de a fi ajutați. Psihomotilitatea este caracterizată printr-o încetineală foarte mare. Jocurile sînt statice, monotone și sterile. Pe linie de comportament, manifestă o lipsă de inițiativă, de spontaneitate, uneori sînt încăpățînați, se adaptează greu.

Electroencefalograma lor arată atît o micșorare considerabilă a frecvenței (3—4 c/s) cît și un voltaj coborît, probabil în funcție de alterarea sistemului nervos central.

b. *Hipertiroidii*

Spre deosebire de hipotiroidieni, copiii hipertiroidieni se caracterizează printr-o mare vioiciune, independență și tendință la instabilitate. Ei aparțin tipului de sistem nervos puternic, echilibrat, mobil, cu tendință la dezechilibru prin boală. Fixează ușor reflexe noi, însă reacțiile de răspuns sînt inegale.

Legătura dintre primul și cel de-al doilea sistem de semnalizare este bună.

Hipertiroidienii sînt copii bine dotați, cu un ritm ideativ rapid, atenția concentrată de scurtă durată, memorie bună, curiozitate vie și

instabilitate psihică, de unde nevoia de activitate variată. Sînt certăreți, supărăcioși, uneori prea îndrăzneți, iritabili, impulsivi și violenți, voința instabilă, lipsiți de răbdare, cu ritmul psiho-motor rapid, care izvorăște dintr-o nevoie permanentă de cheltuire de energie. În comportamentul lor au inițiativă, spontaneitate, independență, sociabilitate, adaptare bună, dar adeseori sînt recalcitranți, ambițioși, irascibili.

Electroencefalograma arată un ritm rapid, caracteristic, de 14—30 c/s. constanța și distribuția undelor fiind variabilă.

c. *Spasmofilii*

Din puținele cazuri de spasmofilii paratiroidiene studiate de noi, rezultă că acești copii prezintă în special o labilitate afectivă crescută, semne de neliniște, irascibilitate, violență, la care se adaugă uneori elemente obsesive și fobice. Acești copii fac frecvente tulburări de comportament.

d. *Pubertăți precoce*

Acești copii fac parte, în general, din tipul de sistem nervos puternic, echilibrat, mobil, cu tendință la dezechilibru uneori. Fixează ușor reflexe, diferențierea neputînd fi stabilă de la început. Interacțiunea dintre primul și cel de-al doilea sistem de semnalizare este bună. Există o dereglare a transmiterii legăturii între excitant și reacție.

Intelect normal dezvoltat, cu ritm ideativ rapid. Sînt impresionabili, afectuoși, „tandri", exuberanți, uneori nervoși și impulsivi, mai ales cei cu tendință la dezechilibru, atașați de unul din părinți. Au o curiozitate vie și interes pentru sexul opus, precum și cochetărie, pudoare, dorința de a dansa, dorința de distracție, găteală, interes pentru lecturi cu caracter erotic. De asemenea, în unele cazuri, am constatat masturbare și jocuri sexuale. Sexualitatea corticală la unii dintre acești copii este în parte indusă prin factori de mediu. Psihomotilitatea lor prezintă o tendință la instabilitate psihică, manifestată prin nerăbdare în acțiune. Comportamentul lor prezintă următoarele caracteristici : independență, siguranță de sine, ambiție, spontaneitate, încăpățînare. Ca tulburări psihice sînt de semnalat, în unele cazuri, manifestări cu caracter isteroid.

Electroencefalograma este în genere normală, în raport cu vîrsta bolnavilor.

e. *Ginecomastii*

Acești copii aparțin varietății intermediare cu note de dezechilibru. În gîndire manifestă o tendință la superficialitate, o atenție nesusținută și un efort mintal redus. Sînt fricoși, miloși, serviabili, avînd un sentiment de inferioritate fizică. Sînt ordonați, pedanți, lipsiți de răbdare uneori, avînd nevoia de a li se comanda. Comportamentul lor este infantilo-feminoid. Notele feminoide ale acestor copii se accentuează către maturitate. Ei mai prezintă, în unele cazuri, elemente obsesive și fobice ; libido prezent.

f. *Adipozo-genitalism*

Adipozo-genitalii aparţin, în raport cu forma clinică, tipului de sistem nervos puternic, echilibrat, mobil sau variantei intermediare, echilibrate, fixînd uşor reflexe noi. Tipul slab este mai puţin întîlnit. Interacţiunea primului şi a celui de-al doilea sistem de semnalizare este bună, cu excepţia cîtorva cazuri la care se produce o dereglare a transmiterii legăturii dintre excitanţi şi reacţie.

Intelectul lor se caracterizează printr-o mobilitate a proceselor ideative, atenţie labilă, superficialitate şi caracter infantil în gîndire. Pe plan afectiv, sînt echilibraţi, deşi sînt emotivi, timizi, impresionabili. Voinţa lor este deficitară, trădînd fugă de efort, dependenţă accentuată faţă de mediu, combativitate redusă. Caracteristica psihomotilităţii lor este dezacordul dintre ritmul motor lent şi tendinţa la instabilitate psihică. Comportamentul acestui grup este infantilo-feminoid. Electroencefalograma a arătat în unele cazuri induse pe scoarţă, ritmuri subcorticale de mare frecvenţă, 18—25 c/s, pe fondul unei disritmii lente difuze.

g. *Boala lui Iţenco-Cushing*

Ca tip de sistem nervos, aceşti copii datorită bolii aparţin tipului slab, putînd totuşi fixa reflexe noi. Legătura dintre primul şi al doilea sistem de semnalizare, care la începutul bolii pare a fi bună, se dezorganizează cu timpul. Aceşti copii suferă prin boală o regresiune a proceselor intelectuale. Este de remarcat faptul că, de unde înainte copiii aceştia erau premianţi sau elevi buni în şcoală, prin instalarea bolii devin elevi slabi fiind siliţi să se retragă din şcoală. Evoluţia lor intelectuală este în regresiune. Atenţia, memoria sînt mult slăbite, imaginaţie sărăcită. Ritmul ideativ prezintă o încetinire. Posibilităţile de abstractizare şi generalizare sînt mult scăzute, prezintă deficienţe de grafism şi limbaj. Prin boală, ei devin timizi, retraşi, fricoşi, plîngăcioşi, hipersensibili, se simt în inferioritate, dependenţi de familie. Toate acestea sînt manifestări reactive faţă de boală. De la început se instalează treptat o oboseală crescută, cu scăderea capacităţii de muncă, de unde o neîncredere în forţele proprii. De asemenea, manifestă o lipsă de răbdare care este rezultatul unei agitaţii lăuntrice. Ritmul motor, lent. Acest grup de copii fiind la vîrsta pubertăţii are interese pe plan sexual ca: preocupări pentru sexul opus, dorinţa de a dansa, dorinţa de a se găti, pudoare. Ca manifestări nevrotice şi psihonevrotice, am găsit o hipersensibilitate şi depresiune de reacţie. Mai prezintă elemente obsesive (boală, moarte), fobice (agorafobie, frică de întuneric) şi „coşmare".

De asemenea tulburări de somn. În comportamentul lor există două aspecte — unul care ţine de înfăţişarea lor generală şi altul infantil.

Electroencefalograma s-a făcut în 5 cazuri. În majoritatea cazurilor s-a constatat un traseu plat, aşa cum se descrie în majoritatea cazurilor de Cushing, uneori apărînd şi ritmuri de origine subcorticală.

h. *Nanisme hipofizare*

Nanicii aparţin în majoritatea cazurilor variantei intermediare echilibrate mobile, uneori cu tendinţă spre dezechilibru şi slăbirea tipului. În interacţiunea dintre primul şi cel de-al doilea sistem de semnalizare, se constată o dereglare a transmiterii legăturilor dintre excitant şi reacţie. Ei fixează uşor reflexe, dar sînt nestabile. Nanicii au toate procesele psihice scăzute şi infantile. Intelectul lor prezintă o întîrziere în evoluţie. Sînt emotivi, egocentrici, depresivi, neliniştiţi. Ca manifestări volitive, prezintă o fugă de efort. De asemenea, au tulburări de comportament, vădite prin încăpăţînare, recalcitranţă, simţ moral scăzut şi, într-un caz, tulburări neuro-psihice, manifestate prin tendinţă la sadism. Mai prezintă tulburări de integrare în mediu, datorită unei stări reactive faţă de deficitul organic pe care încearcă să-l înlocuiască printr-o tendinţă de afirmare cu caracter infantil. Nanicii cu vîrsta de peste 15 ani au o sexualizare cu punct de plecare cortical, manifestată prin interes pentru problemele sexuale, jocuri şi vise erotice, masturbare.

i. *Gigantisme*

Ca tip de sistem nervos, aceşti copii aparţin în majoritatea cazurilor variantei intermediare cu tendinţă la dezechilibru.

Au intelectul normal dezvoltat, însă cu dificultăţi de atenţie şi memorie, stereotipii în gîndire, o afectivitate caracterizată printr-o sensibilitate excesivă, nervozitate, iritabilitate crescută, egocentrism şi tendinţă la izolare. Ca psihomotilitate, vădesc un ritm motor lent, lipsă de răbdare şi perseverenţă, comportament infantil, adaptare grea. Impuls sexual normal dezvoltat. Acest grup mai prezintă şi o serie de manifestări nevrotice şi de tip psihastenic: nelinişte şi depresiune cu caracter reactiv, claustrofobie şi frică de întuneric. În unele cazuri s-a remarcat o tendinţă la sadism. Ca o caracteristică a lor este marea şi rapida oboseală fizică şi intelectuală, precum şi o tendinţă de afirmare care izvorăşte din nevoia de a înlătura sentimentul penibil al înfăţişării lor fizice. Inferioritatea este întreţinută de mediu.

Electroencefalograma prezintă unde lente şi neregulate.

j. *Diabet insipid*

Tipul de sistem nervos căruia îi aparţin aceşti copii este în general tipul slab, cu note de dezechilibru în unele cazuri. Aceşti copii fixează greu reflexele, avînd reacţii motoare inegale. Legătura dintre primul şi cel de-al doilea sistem de semnalizare se face defectuos, prin lipsa sau dereglarea transmiterii legăturii dintre excitant şi reacţie.

Setea dezorganizează întreaga activitate nervoasă superioară a acestor copii. Astfel, gîndirea lor este dezorganizată sub imperiul setei. Ei manifestă o labilitate afectivă, stările lor afective fiind pozitive sau negative, în raport cu setea. Voinţa lor este slăbită prin boală. Sînt impulsivi, nestăpîniţi, violenţi sub imperiul setei. Psihomotilitatea relevă agitaţie psihică şi motoare. Comportamentul este infantil, denotînd dependenţă

de mediu. Adaptarea și sociabilitatea sînt scăzute, din cauza setei. Urmărirea elementelor nevrotice și psihopatologice relevă obsesii, fobii, elemente pitiatice, halucinații, „coșmare". Electroencefalograma în perioada de sete arată un traseu inhibat, cu unde lente supravoltate, ample și în grupe și cu unde indicînd contracții fibrilare musculare involuntare, care pot fi considerate ca o reacție psihonevrotică.



Copiii endocrinopați examinați de noi se grupează în diferite tipuri de sistem nervos. Pentru fixarea tipului de sistem nervos, ne-am folosit de clasificarea cunoscută a lui I. P. Pavlov, care a stabilit tipurile în funcție de proprietățile fundamentale ale sistemului nervos, împărțindu-le după puterea excitației în puternice și slabe, iar pe cele puternice, după echilibru, în echilibrate și nestăpînite, iar după mobilitate, în mobile și inerte.

I. P. Pavlov (4) a subliniat de nenumărate ori că ar fi greșit să ne oprim la cele patru tipuri clasice, recunoscînd că pot fi găsite mai multe variante și că cercetările trebuie îndreptate în această direcție. În acest sens, Ivanov-Smolenski scrie: „Ar fi greșit să considerăm că toată multiplicitatea variațiilor tipologice se mărginește la aceste tipuri care au fost cel mai mult sau cel mai bine studiate" (2)[1].

Încercări de adîncire a tipologiei pavloviste s-au făcut încă în timpul vieții lui I. P. Pavlov. Astfel, V. I. Pavlova, V. P. Golovina și A. A. Lindberg etc. au semnalat cîteva cazuri de variații tipologice de tranziție intermediară, care nu se încadrau perfect în tipologia fixată. Ivanov-Smolenski încearcă o nouă clasificare, izolînd patru tipuri de activitate nervoasă superioară : tipul excitabil, inhibabil, inert și labil.

Krasnogorski (3), reliefînd de asemenea faptul că în determinarea tipului de sistem nervos nu trebuie să existe o standardizare, a încercat la copii o nouă clasificare a tipurilor. În această clasificare ține seama de următoarele criterii : excitabilitate, echilibru, mobilitate, la care mai adaugă interdependența dintre scoarța cerebrală și segmentele subiacente, precum și de interdependența primului și a celui de-al doilea sistem de semnalizare. Astfel, el distinge patru tipuri normale de activitate nervoasă superioară : *tipul central,* la care activitatea scoarței cerebrale este echilibrată armonios cu cea a regiunilor subcorticale și care corespunde tipului puternic echilibrat mobil ; *tipul cortical,* la care funcțiunile corticale predomină asupra celor subcorticale, care ar corespunde tipului puternic echilibrat inert ; *tipul subcortical,* la care domină mai frecvent reflexele necondiționate și este egal cu tipul puternic dezechilibrat ; în sfîrșit, *tipul slab* (hipoergic), caracterizat prin adinamie și epuizare rapidă atît a scoarței cerebrale, cît și a segmentelor subcorticale. Trebuie să semnalăm că, în cadrul tipologiei fixate, el mai descrie și o serie de variante.

În cercetările noastre, pe lîngă tipurile clasice descrise de I. P. Pavlov, am găsit și o serie de copii, ca și de adulți, care nu puteau fi

[1]) p. 70.

încadrați în tipul puternic sau slab și am socotit necesar să-i grupăm într-o variantă intermediară.

În varianta intermediară intră acei copii care, prin pragul energiei proceselor nervoase de excitație și de inhibiție, se situează între tipul puternic și cel slab și mai intră de asemenea aceia care au unele manifestări ale energiei comune cu tipul puternic, iar alte manifestări, comune cu tipul slab. La rîndul ei, varianta intermediară se împarte după echilibru în echilibrată și dezechilibrată și, după mobilitate, în mobilă și inertă.

Pentru fixarea tipului de sistem nervos la grupele de endocrinopați, am întîmpinat o serie de dificultăți referitoare la proprietățile nervoase fundamentale, dificultăți care probabil sînt inerente fixării tipului de sistem nervos la copii în comparație cu adulții.

Dificultățile semnalate în legătură cu proprietățile proceselor de excitație și de inhibiție, credem că s-ar datora rolului pe care îl dețin factorii subcorticali în raport cu cei corticali. La copil, spre deosebire de adult, sistemul nervos central neprezentînd încă o stabilitate generală, scoarța fiind insuficient diferențiată, în numeroase localizări condiționate, predomină zona subcorticală, care la copii se manifestă prin neastîmpăr, violență, agresivitate. Treptat, scoarța capătă o stabilitate mai mare, un tonus mai ridicat, menținînd sub control zona subcorticală.

Alți factori care influențează procesele nervoase ale copilului, avînd un rol inhibitor, sînt factorii de mediu (educativi) și al doilea sistem de semnalizare.

Bazîndu-ne pe datele de mai sus, am constatat că energia, mobilitatea și echilibrul proceselor nervoase ale copilului, trebuie considerate la alt prag decît ale adultului, datorită controlului încă labil al zonei corticale asupra celei subcorticale.

Fixarea tipului de sistem nervos la copiii endocrinopați am făcut-o sub rezerva afirmațiilor de mai sus, ținînd totodată seama de faptul că acești copii își modifică tipul sub acțiunea bolii, în raport cu intensitatea și durata ei. Tipurile de activitate nervoasă superioară — după Krasnogorski — nu sînt nemodificabile și fixe; ele pot suferi deviații importante nu numai sub influența factorilor exogeni, ca alimentația, educația sau diversele stări patologice, ci și sub influența factorilor endocrini (3). Modificările se produc însă lent și numai sub influența de lungă durată a unui factor.

Copiii endocrinopați studiați de noi se grupează în jurul următoarelor tipuri : tipul puternic echilibrat mobil, varianta intermediară cu tendință la dezechilibru și tipul slab.

Din *tipul puternic echilibrat mobil* fac parte hipertiroidienii, pubertățile precoce și o parte din adipozo-genitali. O parte din hipertiroidieni și din cei cu pubertate precoce au tendință la dezechilibru. La acești copii, scoarța cerebrală este funcțional puternică, reflexele condiționate se elaborează ușor și după un număr redus de asocieri. Uneori, la cei cu tendința la dezechilibru, diferențierea este instabilă și reacțiile motoare sînt inegale. Legătura dintre primul și al doilea sistem de semnalizare este bună, rareori întîlnindu-se dereglarea transmiterii legăturii dintre excitanți și reacție.

Aceşti copii au în general o serie de trăsături psihice comune, ca : intelect bun, gîndire rapidă, şcolaritate bună, stări afective pozitive. Nu au tulburări nevrotice, cu excepţia caracterului isteroid al pubertăţilor precoce. Grupurile de mai sus prezintă de asemenea o serie de particularităţi psihice care sînt datorite modificărilor survenite prin boală. De altfel, şi electroencefalograma arată în unele cazuri o hiperexcitabilitate nervoasă, caracterizată printr-un ritm rapid şi prin variabilitatea şi inconstanţa undelor. Cauza modificării electroencefalogramei la hipertiroidieni credem că ar fi creşterea respiraţiei celulelor cerebrale sub influenţa hormonului tiroidian.

Din *varianta intermediară cu tendinţă la dezechilibru* fac parte nanismele hipofizare, gigantismele şi o parte din cazurile de adipozo-genitalism, care sînt intermediari echilibraţi mobili. La aceşti copii, reflectivitatea proceselor nervoase este mai scăzută în raport cu tipul puternic şi mai bună în raport cu tipul slab. Deşi fixează uşor reflexele, ele nu sînt totdeauna stabile, iar în legătura dintre primul şi al doilea sistem de semnalizare găsim atît dereglarea, cît şi, uneori, lipsa transmiterii legăturii dintre excitant şi reacţie.

Caracteristice pentru grupele cuprinse în acest tip sînt variaţiile pe care le prezintă intelectul lor. Sînt emotivi, sensibili, fricoşi, cu voinţă deficitară. Tulburări de comportament, uneori tulburări neuro-psihice, ca : nelinişte, depresiune etc. Caracterul lor psihic este determinat atît de boală, cît şi de mediu.

Tipul slab cuprinde cazurile de hipotiroidii, diabet insipid, şi sindrom Iţenco-Cushing. Activitatea nervoasă superioară a acestor copii se caracterizează printr-o hiporeflectivitate a activităţii nervoase. Fixează mai greu reflexe, care sînt de cele mai multe ori instabile. Excitabilitatea scăzută a acestor copii se manifestă prin apariţia fazelor de inhibiţie consecutivă. În interacţiunea primului şi a celui de-al doilea sistem de semnalizare se observă că legătura dintre excitant şi reacţie nu se transmite, sau se transmite defectuos.

Ei prezintă o regresiune, dezorganizare sau întîrziere a dezvoltării intelectuale. Au un ritm psihomotor lent, stări afective negative, voinţă deficitară, dificultăţi de comportament şi accentuate tulburări psihopatologice de reacţie, cu excepţia hipotiroidienilor care nu au conştiinţa tulburărilor provocate de boala lor.

Scăderea considerabilă a frecvenţei, precum şi voltajul coborît al electroencefalogramei arată în cazurile de hipotiroidie şi diabet insipid o inhibiţie a proceselor nervoase, cauzată de scăderea cantităţii de hormon tiroidian şi de tulburarea realizată de insuficienţa retrohipofizară.

Tipurile mai sus discutate au fost modificate prin boală, chiar şi în cazul tipurilor puternice echilibrate mobile, care vădesc în unele cazuri note de dezechilibru sau de slăbire, întrucît sub acţiunea factorilor endocrini şi a altora, se produc deviaţii importante ale tipului de activitate nervoasă superioară. Aceste modificări se produc lent şi numai datorită acţiunii de lungă durată a unui anumit factor.

Astfel, la unii copii cu pubertate precoce se constată o tendinţă de modificare a tipului prin dezechilibru, pe care noi ne-o explicăm, după cum

spune Krasnogorski, printr-o excitabilitate crescută a zonelor subcorticale, excitabilitate care se vădește atît în dereglarea interacțiunii dintre primul și al doilea sistem de semnalizare, cît și în manifestările de impulsivitate, nervozitate și instabilitate psihică, precum și instabilitatea diferențierii în cadrul reflexelor.

De asemenea, în cazurile de sindrom Ițenco-Cushing examinate de noi și la care boala datează de 3—5 de ani, tipul de sistem nervos, care părea să fi fost puternic, a fost modificat în tip slab, fapt care concordă și cu cercetările făcute de A. C. Dobrîjanskaia asupra bolii Ițenco-Cushing. Autoarea observă că acești bolnavi se feresc parcă de tot ce poate să epuizeze și mai mult sistemul lor nervos slăbit. Slăbiciunea sistemului nervos se manifestă în cursul bolii lui Ițenco-Cushing, nu numai prin insuficiența procesului de excitație, ci și prin insuficiența procesului de inhibiție (tulburări de somn) (1) pe care le-am întîlnit și noi. Slăbirea tipului de sistem nervos al acestor bolnavi rezultă de altfel din întregul lor tablou psihic, așa cum l-am redat mai sus.



Din cele discutate se desprind următoarele probleme:

1. Fixarea tipului de sistem nervos la copiii endocrinopați întîmpină dificultăți atît din cauza lipsei de diferențiere a sistemului nervos la copii în general, cît și din cauza acțiunii glandelor endocrine.

2. O altă problemă pe care o ridică analizarea acestor cazuri este de a cunoaște măsura în care tulburarea endocrină evoluează pe un anumit tip de sistem nervos sau în ce măsură tipul de sistem nervos este modificat prin endocrinopatie. După observațiile clinice și experimentale, înclinăm mai degrabă spre a doua ipoteză, susținută și de Krasnogorski. Aceasta explică pe de altă parte, de ce afecțiuni care au o evoluție mai ușoară la copii, ca hipertiroidiile și pubertățile precoce, nu afectează prea mult tipul de sistem nervos, modificînd numai echilibrul proceselor de excitație și inhibiție, pe cînd endocrinopatiile care interesează profund metabolismele, ca mixedemul, boala lui Ițenco-Cushing, diabetul insipid, determină o slăbire a sistemului nervos.

Nu se exclude însă și o evoluție a endocrinopatiilor pe anumite tipuri de sistem nervos, unele probabil modificate prin factori ce au acționat anterior apariției endocrinopatiei.

3. În ce privește fixarea reflexelor la copii, se face în funcție de sistemul nervos, avînd însă caracteristica grupului endocrinopat respectiv. Interacțiunea primului cu cel de-al doilea sistem de semnalizare se dereglează de asemenea în raport cu durata și gravitatea bolii, și afectarea tipului de sistem nervos. Trăsăturile psihice sînt de asemenea modificate prin boală.

4. O altă problemă care merită să fie discutată, este în ce măsură există o specificitate de răspuns a sistemului nervos central în raport cu glanda endocrină interesată. Observăm astfel reacții ale activității nervoase superioare identice în raport cu diferite endocrinopatii. În general, proprietățile fundamentale ale sistemului nervos, intensitatea procesului de excitație și inhibiție, echilibrul și mobilitatea lor, nu pot fi tulburate decît

în cele două sensuri, dar afectarea numai a unuia sau a tuturor proprietăților sau afectarea lor în sensuri divergente sau în intensități diferite, pot produce variante numeroase, care vor modifica trăsăturile psihice ale copilului și pot fi specifice pentru unele tulburări glandulare, așa cum am observat în unele endocrinopatii studiate de noi.

5. În sfîrșit, în unele endocrinopatii, din punctul de vedere al activității nervoase superioare, copiii nu se grupează omogen. În aceste cazuri, trebuie să se aibă în vedere vîrsta copiilor, stadiul afecțiunii și, eventual, existența altor tulburări asociate.

În concluzie, coroborarea datelor clinice și experimentale dă unele explicații privind acțiunea hormonilor asupra sistemului nervos central la copii. Aspectele sînt însă complexe și trebuie adîncite. Oricum ar fi, în această expunere se ridică mai multe probleme care merită să fie urmărite. Astfel :

a) Adîncirea mecanismului de acțiune a hormonilor asupra sistemului nervos central și specificitatea lor de acțiune asupra acestui sistem.

b) Acțiunea hormonilor asupra sistemului nervos central în raport cu fazele de maturare ale acestui sistem.

c) Rolul tipului de sistem nervos în evoluția endocrinopatiilor infantile și modificările acestuia în raport cu tulburarea endocrină.

Acest studiu al echilibrului neuro-endocrin la copii va avea o influență deosebită în stabilirea tipologiei individuale, atît de necesară în profilaxia tulburărilor de dezvoltare.

Credem de asemenea necesar să se cerceteze tipurile de sistem nervos nu numai în raport cu activitatea nervoasă superioară dar și în legătură cu conformația somatică, aceasta avînd desigur raporturi strînse cu funcționarea diferiților receptori, cu situația diferitelor metabolisme și, de asemenea, cu acțiunea directă a mediului umoral asupra sistemului nervos în totalitatea lui și eventual cu afinitățile speciale ale unor centri nervoși sau ale unor feluri de celule nervoase.

О ВЫСШЕЙ НЕРВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ ЭНДОКРИНОПАТИЯХ У ДЕТЕЙ

(КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ)

Авторы изучали высшую нервную деятельность у 200 детей, страдающих эндокринопатиями, причем при этом применялись следующие методы исследования: типологический анамнез, двигательные условные рефлексы, метод Иванова-Смоленского для изучения взаимодействий между первой и второй сигнальной системой, игры, рисунки, сочинения, метод наблюдения и электроэнцефалограммы.

Полученные данные показали, что сильный, уравновешенный и подвижный тип нервной системы свойствен детям с гипертиреозом, с преждевременной половой зрелостью, а также детям, страдающим

адипозо-генитальными расстройствами. У детей, страдающих гипофизарным нанизмом, гигаитизмом, гинекомастиями, а также у детей с аднпозо-генитальными расстройствами наблюдается тип промежуточного варианта иервной системы с склонностью к неуравиовешенности. В группу с слабым типом нервной системы входят дети, страдающие гипотиреозом, несахарным диабетом и болезнью Иценко-Кушинга.

Эта работа ставит целый ряд вопросов — течение эндокринопатий при определениом типе иервной системы, измеиение типа нервной системы в результате эндокринопатии и, в зависимости от продолжительности и тяжести заболевания, связь между типом нервной системы, эндокринопатией и определенным телосложением и т. д.

CONSIDÉRATIONS SUR L'ACTIVITÉ NERVEUSE SUPÉRIEURE DANS LES ENDOCRINOPATHIES INFANTILES

(RÉSUMÉ)

Les Auteurs étudient l'activité nerveuse supérieure chez 200 enfants endocrinopathes, en utilisant comme moyens d'investigation : l'anamnèse typologique, les réflexes conditionnels, le procédé d'Ivanov-Smolenski pour l'examen de l'interaction entre le premier et le deuxième système de signalisation, les jeux, les dessins, les compositions, l'observation et l'électroencéphalogramme.

Les données obtenues ont montré que le *type fortement équilibré* comprend les hyperthyroïdiens, les enfants à puberté précoce et une partie des adiposo-génitaux. Les nanismes hypophysaires, gigantismes, gynécomasties et une partie des adiposo-génitaux appartiennent à une variation *intermédiaire*, à tendance au déséquilibre. Le *type faible* comprend les hypothyroïdiens, le diabète insipide et la maladie de Itzenko-Cushing.

Le travail pose toute une série de problèmes, tels l'évolution de l'endocrinopathie sur un type déterminé de système nerveux, la modification du type de système nerveux par l'endocrinopathie, suivant la durée et la gravité de la maladie, les rapports du type de système nerveux de l'endocrinopathie et d'une certaine conformation physique, etc.

BIBLIOGRAFIE

1. Dobrjanskaia A. K., Bibl. anal. rom.-sov., Seria Cercetări în domeniul activităţii nervoase superioare, 1953, nr. 5, p. 75.
2. Ivanov-Smolenski A.G., *Studii de fiziopatologie a activităţii nervoase superioare*, Ed. de stat, Bucureşti, 1951.
3. Krasnogorski N.I., Jurnal vîsşei nervnoi deiatelnosti, 1951, nr. 2, p. 15.
4. Pavlov I.P., *Opere alese*, Ed. Acad. R.P.R., Bucureşti, 1952, p. 303.

PSIHOLOGIA COPIILOR ŞI ADOLESCENŢILOR ÎN SINDROMUL CUSHING *

Am examinat un lot de 9 copii (3 băieţi şi 6 fete) prepuberi, puberi şi postpuberi în vîrstă între 5 şi 18 ani, pe care i-am urmărit în Institutul de endocrinologie „Prof. C. I. Parhon" al Academiei R.P.R. timp de 1—3 ani. Din punct de vedere clinic, cazurile variau de la un Cushing incipient la unul evolutiv sau operat.

În grupul de copii suferind de sindromul Cushing, am urmărit modificările prin boală ale activităţii nervoase superioare, precum şi ale comportamentului.

Metodele de investigare folosite au fost : anamneza tipologică, reflexele condiţionate motoare, procedeul Ivanov-Smolenski pentru cercetarea interacţiunii primului şi a celui de-al doilea sistem de semnalizare, observarea modului cum se comportă individul în situaţia în care se găseşte, precum şi prin desene, joc şi o anamneză specială pentru investigarea tulburărilor psihice din timpul bolii.

Cu ajutorul metodelor de mai sus, am desprins diferitele aspecte ale psihologiei copilului suferind de sindromul lui Cushing şi pe care încercăm să le descriem.

Intelectul

Intelectul acestor bolnavi impresionează prin regresiunea masivă a proceselor intelectuale, din care cauză copiii se prezintă ca nişte copii cu cîţiva ani mai mici (2—6 ani), deşi înainte de boală erau bine dotaţi ; de altfel, aceasta se verifică şi pe plan de şcolaritate ; de unde înainte erau chiar premianţi, prin boală devin elevi slabi, rămînînd repetenţi fapt care îi sileşte să părăsească în cele din urmă şcoala.

---

* În colaborare cu M. Pitiş, R. Felix şi M. Teodoru. Publicată în „Studii şi cercetări de endocrinologie", iul.-dec. 1955, t. VI, nr. 3—4.

Ruina intelectuală cuprinde procesele psihice sub forme diferite. Atenția și memoria slăbesc, ritmul ideativ se încetinește, copiii devin bradipsihici. Gîndirea regresează, prin slăbirea proceselor de abstractizare și generalizare, stereotipiile abundă. Imaginația sărăcește, grafismul se pre-

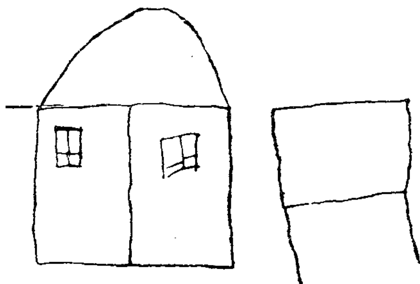


Fig. 1

zintă tremurat, nesigur, stîngaci, infantil (fig. 1). Ca limbaj, copiii dispun de un vocabular sărac, infantil, exprimîndu-se într-un ritm monoton, lent, vorbind în general puțin.

Afectivitate și sociabilitate

În afectivitatea copiilor se produc mari transformări ; astfel, de unde înainte de boală erau comunicativi, veseli, sociabili, glumeți, vorbăreți, fără a fi supărăcioși și impresionabili, probabil că datorită modificărilor metabolice, scăderii rezistenței la efort, precum și conștiinței transformărilor fizice, prin boală devin posaci, inhibați, hipersensibili, emotivi, timizi, iritabili, nervoși, plîngăcioși, greu adaptabili, neprietenoși, păstrîndu-și însă afecțiunea față de familie, de care se simt atașați și dependenți.

Psihomotilitate

Acest grup prezintă, în raport cu gravitatea bolii, o oboseală pronunțată, însoțită atît de încetinirea ritmului motor, cît și de nevoia de a-și economisi slaba energie de care dispun, fapt pentru care se complac în activități statice și monotone, apărîndu-ne astfel ca apatici și adinamici, somnolenți. De asemenea, mai prezintă și o oarecare agitație lăuntrică, manifestată printr-o ușoară lipsă de răbdare.

Tulburări psihonevrotice

În raport cu evoluția și gravitatea bolii, apar tendințe depresive cu caracter reactiv, obsesii, sub forma obsesiei bolii și a morții, care apar frecvent și în coșmarele lor, precum și fobii ca : agorafobie, frică de întuneric, frică de medici, ultimele fiind legate și de comportamentul lor infantil. De asemenea, somnul este tulburat prin adormirea grea, somn superficial, discontinuu, datorită coșmarelor și micțiunilor, uneori insomnii.

Comportament

În comportamentul bolnavilor se disting două aspecte : unul care ține de înfățișarea lor generală, datorită căruia ei par gravi, pedanți, serioși, inerți, cu o mimică inexpresivă, și altul infantil, prin docilitate, dependență, afectivitate și regresiune intelectuală, fiind însă lipsiți de spontaneitatea și vioiciunea copilăriei. Unii dintre ei dau dovadă de oarecare spirit practic.

La cei care sînt la pubertate, se constată manifestări analoge cu cele ale puberilor normali, ca : pudoare, dorință de găteală, dorință de a dansa, preocupări de sexul opus.

În general, copiii cu sindrom Cushing au un puternic sentiment de inferioritate, datorită modificării fizice produse de tulburările organice, care condiționează și o deficiență psihică, atît pe plan psihomotor, intelectual, cît și afectiv.

Tip de sistem nervos

Ca tip de sistem nervos aparțin tipului slab prin boală, putînd totuși fixa reflexe noi.

Legătura dintre primul și cel de-al doilea sistem de semnalizare, care la începutul bolii pare a fi bună, se dezorganizează cu timpul.

Electroencefalograma efectuată de Er. Broșteanu a fost făcută în 5 cazuri. În majoritatea cazurilor s-a constatat un traseu plat, așa cum se descrie în multe cazuri de sindrom Cushing, uneori apărînd ritmuri teta de origine subcorticală.



În cazurile examinate de noi, la care boala datează de 3 pînă la 5 ani, și pe care le-am urmărit timp de 1 pînă la 3 ani, am constatat că activitatea psihică suferă modificări serioase, ce se instalează treptat și gradat, în raport cu evoluția și gravitatea bolii. Astfel, noi credem că la începutul bolii sînt mai evidente tulburările de psihomotilitate manifestate prin bradichinezie și bradipsihie, iar ulterior apar treptat tulburări în sfera intelectului (gîndire, atenție, memorie etc.) care se agravează de asemenea în raport cu evoluția bolii. Într-o fază mai înaintată, apar și se accentuează progresiv tulburări afective și psihonevrotice, ca o reacție atît față de modificările organice (obezitate, facies vultuos etc.), cît și față de cele ale psihomotilității și intelectului. Comportamentul suferă modificări în raport cu tulburările mai sus-menționate.

Datele noastre se referă la un lot oarecum omogen, în care distingem o grupă infantilă, una prepuberală și puberală și una postpuberală. Indiferent însă de vîrsta cronologică, tulburările psihice se instalează în modul mai sus-menționat, și numai în raport cu evoluția bolii. Lotul nostru este omogen și prin diagnostic, opt din nouă bolnavi avînd o hiperplazie suprarenală, un singur caz o tumoare suprarenală stîngă. În acest caz, boala evolua de puțin timp, și copilul avea mai de grabă un comportament matur.

Loturile citate în literatură — L a n g e r o n, M a r x, T r e t h o w a n W. M. și S t a n l e y C o b b, D o b r j a n s k a i a — sînt mai puțin omogene, atît ca vîrstă (adulți, bătrîni, mai rar copii), cît și ca diagnostic (tumori suprarenale, hipofizare, hiperplazii suprarenale, encefalite, hidrocefalii interne etc.), fapt care explică gravitatea și frecvența tulburărilor cu caracter de psihoză[1]) de unde și neconcordanța cu datele noastre. Astfel, în literatura străină accentul cade mai mult pe tulburările depresive și de intelect, neglijîndu-se cele de psihomotilitate. Și noi, în cazurile *I. B.* (18 ani), *C. I.* (15 ani), *M. L.* (17 ani), *R. B.* (17 ani) și *B. V.* (18 ani), am întîlnit tulburări ale intelectului și afectivității, însă consecutive tulburărilor de psihomotilitate. În cazurile noastre credem că stările depresive semnalate de unii dintre noi încă din anul 1937 (C. I. P a r h o n), au mai mult un caracter reactiv, datorită în bună parte conștiinței transformării fizice și intelectuale, precum și neputinței de a face față solicitărilor din cauza oboselii crescînde. Caracterul reactiv a fost semnalat și de H. M a r x. Ceea ce am mai întîlnit, au fost elemente psihastenice.

În ceea ce privește tipul de sistem nervos în sindromul Cushing, datele noastre concordă cu cele găsite de A. K. D o b r j a n s k a i a, care observă că acești bolnavi se feresc parcă de tot ce poate să epuizeze și mai mult sistemul lor nervos slăbit. Slăbiciunea sistemului nervos se manifestă în cursul bolii lui Cushing nu numai prin insuficiența procesului de excitație, ci și prin insuficiența procesului de inhibiție (tulburări de somn).

Slăbirea tipului de sistem nervos al acestor bolnavi rezultă de altfel din întregul tablou psihic, așa cum l-am redat mai sus.

Referitor la efectul tratamentelor, am constatat în cazul *G. M.*, de 17 ani în momentul examinării, în prezent de 23 de ani, la care boala, după un tratament nesusținut, a evoluat de la o fază staționară spre o ușoară hipofuncțiune suprarenală, o stagnare pe plan de gîndire — deși memoria și atenția erau bune — coexistînd cu o remisiune a tulburărilor de psihomotilitate, bolnavul fiind vioi, sprinten, activ, și a tulburărilor afective, cu excepția unei hipersensibilități și a unui sentiment de inferioritate fizică și intelectuală; cazul *M. A.* de 6 ani (tumoare suprarenală stîngă operată), a prezentat la 6 luni după operație mai de grabă o regresiune a proceselor psihice (intelect, comportament) în sensul revenirii la stadiul copilăriei, revenire ce contrasta cu intelectul și cu comportamentul matur, anterior intervenției. Date concordante am găsit într-un caz din literatură.

Probabil că toate modificările pe plan psihic sînt datorite în bună parte modificărilor factorilor biochimici, metabolici, consecutivi hipertrofiei și hiperplaziei suprarenale. A l t s c h u l e și alții, în investigările făcute referitor la modificările metabolice, au găsit de altfel o relație

---

[1]) *a*) trăsături schizofrene (C r o u z o n, 1937, L a u n o i s C l e r e t, V o s s, 1937, T r e t h o w a n și S t a n l e y C o b b, 1952); *b*) tulburări epileptoide (D o b r j a n s k a i a, 1953); *c*) halucinații și idei hipocondriace (D o b r j a n s k a i a, T r e t h o w a n, B a t n e r și S t a n l e y C o b b); *d*) idei de autoacuzare (T r e t h o w a n și S t a n l e y C o b b și D o b r j a n s k a i a).

cauzală între alterările metabolismului hidrocarbonatelor şi al proteinelor şi tulburările psihice grave.

În concluzie, din discutarea datelor de mai sus rezultă că :

— Manifestările organice preced şi condiţionează modificările psihice.

— Dezorganizarea pe plan psihic coincide cu evoluţia în timp a bolii şi cu alterarea sistemului nervos, ceea ce, împreună cu modificările biochimice şi metabolice, duce la o slăbire a tipului de sistem nervos, semnalată şi de Dobrjanskaia.

— Parte dintre tulburările psihice (tulburările afective) au un caracter reactiv, condiţionate fiind, în afară de factorii organici, şi de factorii psihici (psihomotilitate şi intelect).

Pe marginea celor discutate, se ridică şi o serie de probleme, ca : problema reversibilităţii tulburărilor psihice în urma tratamentului, aşa cum s-a întîmplat în cazurile *G. M.* şi *M. A.*, reversibilitate ce se poate produce pe toate planurile psihiee sau pe planuri disociate.

— Legată de problema reversibilităţii este problema importanţei tabloului psihic pentru diagnosticul fazei de evoluţie şi a pronosticului bolii (evoluţie, stagnare, involuţie).

Comportamentul deosebit al cazurilor cu tumoare suprarenală a ridicat pe de altă parte, şi problema, în ce măsură tabloul psihic ar permite diferenţierea formelor hipertrofice de cele tumorale, prezenţa în exces a hormonilor sexuali în aceste din urmă cazuri determinînd o maturizare psihică precoce tranzitorie.

ПСИХОЛОГИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПРИ СИНДРОМЕ КУШИНГА

(КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ)

Была подвергнута исследованию группа, состоящая из 9 детей (3 мальчика и 6 девочек) в возрасте от 5 до 18 лет; целью исследования было проследить вызванные болезнью изменения высшей нервной деятельности и поведения детей.

В качестве методов исследования применялись: типологический анамнез, двигательные условные рефлексы, метод Иванова-Смоленского для исследования взаимодействия между первой и второй сигнальной системой, наблюдение за детьми, рисунки, игры, а также и специальный анамнез для исследования психических расстройств.

В результате применения всех этих методов было установлено следующее:

— органические проявления предшествуют психическим проявлениям и обуславливают их;

— дезорганизация с психической точки зрения совпадает во времени с развитием болезни и с поражениями нервной системы, что вместе с

биохимическими изменениями и изменениями обмена веществ ведет к ослаблению типа нервной системы, отмеченному также и Добржанской,

— часть психических расстройств (аффективные расстройства) имеют реактивный характер, будучи обусловлены, кроме органических факторов, также и психическимн факторами (психоподвижность и интеллект).

LA PSYCHOLOGIE DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS DANS LE SYNDROME DE CUSHING

(RÉSUMÉ)

L'examen de neuf enfants (trois garçons et six fillettes), âgés de 5 à 18 ans, a permis aux auteurs de suivre les modifications de l'activité nerveuse supérieure et du comportement, modifications dues à la maladie.

Les méthodes d'investigation ont été : l'anamnèse typoloqique des réflexes conditionnels moteurs; le procédé d'Ivanov-Smolensky pour l'étude de l'interaction entre le premier et le second système de signalisation ; l'observation ; des dessins, les jeux, ainsi qu'une anamnèse particulière pour l'investigation des troubles psychiques.

Grâce à ces méthodes, on a constaté que :

— Les manifestations organiques précèdent et conditionnent les manifestations psychiques.

— La désorganisation sur le plan psychique coïncide avec l'évolution de la maladie au cours du temps et avec l'altération du système nerveux, ce qui, avec les modifications biochimiques et métaboliques, conduit à un affaiblissement du type du système nerveux, affaiblissement déjà signalé par Dobrjanskaia.

— Une partie des troubles psychiques (troubles affectifs) ont un caractère réactif et sont conditionnés, hormis les facteurs organiques, par des facteurs psychiques aussi (psychomotilité et intellect).

BIBLIOGRAFIE

1. Assmann H., Benzinger T., Glatzel H., Hössler E., Lucke H. u. Marx H., *Innere Secretio Fettsucht und Magensucht, Knochen, Gelenke, Muskel Erkrankungen aus physikalischen Ursachen*, Berlin, Springer, 1941; 677 p.
2. Dobrjanskaia A. K., Jurnal vîsşei nervoi deiatelnosti, 1953, nr. 1.
3. Langeron L., *Précis d'endocrinologie clinique*, Paris, Doin, 1944, 623 p.
4. Parhon C. I., Goldstein M. şi Milcu Şt., *Manual de endocrinologie*, vol. 1, ed. a 2-a, Bucureşti, 1945, 345 p.
5. Trethowan W., a. Cobb Stanley, *Neuropsychiatric Aspects of Cushing's Syndrome*, Arch. of. Neurol. a. Psychiatr., 1952, vol. 63, nr. 3, p. 283—314.

NOTĂ ASUPRA RAPORTURILOR DINTRE CATATONIE ȘI ALTERĂRILE APARATULUI TIROPARATIROIDIAN*

Catatonia este reprezentată printr-un ansamblu de tulburări care după importanța lor numerică sau după intensitatea lor ne permit să distingem împreună cu T a n z i (1) o mică și o mare catatonie.

Prima este caracterizată prin manifestări bizare ca, echopraxia, echolalia, neolalia, neografia, diferite manierisme în gesturi, acte și vorbire. A doua este caracterizată prin atitudini statuare și o imobilitate spasmodică.

Marea și mica formă a catatoniei se întîlnesc mai ales într-una din modalitățile acestui grup morbid pe care o denumim împreună cu K r a e p e l i n, (autorul căruia îi revine meritul sintezei sale), demență precoce, modalitate din care K a l b a u m voia să facă o entitate morbidă.

Însă nu trebuie să se creadă, că această tulburare psihică ar fi exclusiv a demenței precoce.

Ea se întîlnește într-o mulțime de alte împrejurări care nu par a avea nimic comun cu aceasta din urmă, afară de localizarea procesului patologic.

Apare mai ales în urma stărilor toxice sau toxi-infecțioase, ceea ce face să ne gîndim că în cazul în care punctul său de plecare rămîne neobservat, cauza trebuie să fie de aceeași natură sau trebuie cel puțin să recunoască o tulburare a schimburilor nutritive, ceea ce nu este prea depărtat de cazurile cu etiologie toxică sau toxi-infecțioasă.

Astfel, B r i s s a u d (2) a observat catatonia în urma intoxicării cu oxid de carbon, și același autor a notat-o împreună cu L a m y în cursul uremiei. De asemenea L a t r o n, R é g i s și L a l a n n e (3) au notat, stările cataleptice sau catatonice în insuficiența renală. M u c h a

---

* În colaborare cu C. U r e c h i a. Comunicare prezentată la Al XVIII-lea congres al aleniștilor și neurologilor din Franța și din țările de limbă franceză, Dijon, aug. 1908. Publicată în extras la Paris, G. Masson, 1908.

(4) a observat-o apărînd în același timp cu prima menstruație, la o fată fără antecedente deosebite și a cărei stare mintală părea pînă atunci normală.

Dupré și Rabé (5) au observat catalepsie în meningismul din cursul unei intoxicări colibacilare, la un bătrîn ateromatos și cașectic ca și la un brightic atins de antrax și de bronhopneumonie.

Schmidt (6) a observat simptomele catatonice la o bolnavă suferind de un abces cerebral voluminos al lobului parietal; Dufour (7), în cursul febrei tifoide.

Vom mai aminti că Tschisch (8), pentru a explica catatonia, pe care o consideră ca o afecțiune specială, s-a gîndit la o intoxicație de origine genitală, prin sperma reținută (la bărbat).

Alți autori au arătat existența tulburării schimburilor organice și ale alterărilor sanguine în cursul catatoniei.

Astfel, Dide și Chesnais (9) au constatat diminuarea cantităților de urină eliminată în 24 de ore, cu mărirea densității. Clorurile sînt mărite, ureea micșorată, fosfații sînt variabili.

Mai recent, Sana Salaris (10) a găsit clorurile sporite în urina demenților precoci catatonici în formă agitată, și dimpotrivă scăzuți în forma stuporoasă. Ureea se comportă în mod invers. Cît despre sînge, același autor găsește o polinucleoză accentuată în forma stuporoasă și o limfocitoză pronunțată în forma agitată.

Aceste cercetări, mai ales acelea privind schimburile metabolice, sînt prea sumare, pentru a ne putea da iluzia cunoașterii nutriției în catatonie, însă autorii care au atins problema au avut meritul de a fi pus o problemă interesantă și trebuie să sperăm că noi cercetări ne vor da soluția ei, ceea ce poate fi foarte interesant pentru patogenia acestui sindrom.

Mecanismul catatoniei este, precum se vede, foarte obscur. Unii autori s-au gîndit la o tulburare de ordin psihic lăsînd deoparte cauza acesteia din urmă.

De fapt, trebuie să recunoaștem că nu știm pînă în prezent în ce măsură se poate incrimina în fenomenele catatonice un mecanism psihologic, însă faptele citate dovedesc că factori toxici sau toxi-infecțioși joacă cu siguranță un rol important în patogenia acestui sindrom.

Anumite fapte pe care le-am observat cu ocazia experiențelor acestora și pe care le-am raportat Congresului din Genève-Lausanne ne determină să vorbim despre rolul tiroparatiroidian în patogenia catatoniei (11).

Lundborg (12) este autorul care a căutat să incrimineze în patogenia catatoniei o tulburare în funcțiile paratiroidiene. El se sprijină pe experiențele lui Blum și ale lui Berger.

Blum a observat la cîinii care au suferit ablația totală a aparatului tiroparatiroidian, fenomene psihomotorii care amintesc pe cele ale catatoniei. Astfel, un cîine rămîne timp de mai multe minute cu capul plecat, privire imobilă, aerul stupid. Un altul își curbează coloana vertebrală aproape pînă atinge pămîntul cu capul. Un altul are un mers ritmic amintind pe cel al cailor dresați să meargă după muzică. Un cîine merge înapoi și persevereazã să lovească peretele cu partea posterioară

a corpului. Un alt animal rămîne culcat pe spate cu picioarele ridicate în aer etc.

Trebuie să amintim că Pineles a observat fapte mai mult sau mai puțin analoge la maimuță, și că Reyner și Paulescu (13) au înregistrat de asemenea tulburări mintale constînd mai ales dintr-o agitație fără motiv exterior, la cîinii tiroparatiroidectomizați.

Berger, injectînd intracerebral la cîini serul diferiților psihotice, a găsit că acel al demenților precoci este singurul care are o acțiune specifică și determină fenomene mioclonice, fenomene pe care Lundborg le consideră de origine paratiroidiană.

Iată acum faptele observate de noi înșine.

Unul din cîinii noștri tiroparatiroidectomizați prezenta în a 3-a zi după operație tulburări care aminteau într-un mod ciudat pe acelea ale catatoniei demenților precoci. El păstra atidudini imobile, putînd rămîne o jumătate de oră cu capul plecat și cu botul spre pămînt. Această stare s-a prelungit în zilele următoare (4—5 zile), pentru a se atenua înainte de moarte. Acest animal păstra chiar timp de cîteva momente în tot cazul timp suficient, pentru a putea fi fotografiat în atitudini imprimate.

La un alt cîine care a suferit aceeași operație, am constatat în ziua care a precedat moartea sa, mișcări alternative de ridicare și coborîre a membrelor, ca acele pe care le-ar face un animal care, atingînd solul, ar primi o impresie neplăcută. Am observat la alți cîini fenomene mai mult sau mai puțin asemănătoare acelora descrise la primul din aceste animale, însă adăugăm că ele erau departe de a avea totdeauna aceeași intensitate. Probabil trebuie să țineam seama de starea anterioară a organismului, de teren, adică de funcționarea diferitelor organe, de metabolismul organismului.

Aceste atitudini care amintesc pe acele ale catatoniei, sînt de altfel frecvente la animalele care au suferit ablația aparatului tiroparatiroidian, după cum se poate judeca după fotografiile acestor animale date de mai mulți autori, de exemplu acele care se găsesc în lucrarea lui Jeandelize (14).

Trebuie să se studieze problema din nou și să se cerceteze rolul respectiv al tiroidei și acela al paratiroidelor.

Adăugăm că Muratow a notat alterări tiroidiene în catatonie și că noi am observat la o cretină gușată, surdomută, atitudini care amintesc pe cele ale catatonicilor.

Concluzia care decurge din aceste fapte este următoarea :

Animalele care au suferit ablația aparatului tiroparatiroidian prezintă destul de des fenomene amintind mult pe acelea ale catatoniei, și acest fapt trebuie să atragă atenția celor care vor voi să lămurească patogenia sindromului căci este posibil ca o alterare a acestuia aparat să intervină, așa cum gîndește Lundborg în patogenia catatoniei.

Trebuie să spunem totuși că încercările de opoterapie tiroidiană făcute de Kraepelin și de noi n-au dat nici un rezultat. De asemenea, n-am obținut nici o ameliorare la un bolnav căruia i-am administrat două flacoane (de cîte 15 g) de paratiroidină Vassale, în doză de 90 de picături pe zi.

ЗАМЕТКА О СВЯЗИ КАТАТОНИИ С ПОРАЖЕНИЯМИ ТИРЕО-ПАРАТИЕОИДНОГО АППАРАТА

(КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ)

Авторы описывают наблюдавшиеся ими у тирео-паратиреоидэктомированных собак симптомы, напоминающие характерную для человека кататонию. Блюмом уже давно были описаны подобные явления, а Жанделиз, не настаивая на необходимости сближения кататонии с подобными позами, приводит снимки, говорящие в пользу этой интерпретацни.

Попытки опотерапии посредством препаратов щитовидной железы и (в одном случае) паращитовидных желез остались безрезультатными.

NOTE SUR LES RAPPORTS ENTRE LA CATATONIE ET LES ALTÉRATIONS DE L'APPAREIL THYRÉO-PARATHYROÏDIEN

(RÉSUMÉ)

Les auteurs décrivent des symptomes similaires à la catatonie humaine, qui apparaissent chez les chiens thyréo-parathyroïdectomisés. Blum a décrit des phénomènes semblables et Jeandelise, sans insister sur les rapprochements qu'il faut faire entre la catatonie et ces attitudes, a reproduit des photographies qui plaident dans le même sens.

Les essais thérapeutiques par opothérapie thyroïdienne et (dans un seul cas), parathyroïdienne, n'ont pas donné de résultats.

BIBLIOGRAFIE

1. Tanzi, *Trattato delle malattie mentali,* 1905.
2. Brissaud, *La catalepsie symptomatique,* Le Progrès medical, 3 ian. 1900, nr. 1, p.1.
3. Régis et Lalanne, *Catatonie et insuffisance rénale,* Rev. neurol., 1901, p. 890.
4. Mucha, *Ein Fall von Katatonie im Anschluss an die erste Menstruation,* Neurologische Zentralblatt, 16 oct. 1902.
5. Dupré et Rabé, *Méningisme et catalepsie,* Presse médicale, 1898, nr. 8, p. 45.
6. Schmidt, *Über ein Fall von Hemolyses bei katatonischen Krankheitsverlauf,* Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 5 sep. 1904.
7. Dufour, *Catalepto-catatonie au cours de la fièvre thyphoïde.* Rev. néurol., 1900, p. 970.
8. Tschisch, *Die Catatonie,* Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie, 1894, t. I, p.38.
9. Dide et Chesnais, *Recherches urologiques sur la démence précoce à forme catatonique,* Soc. de neurologie de Paris, 15 mai 1902.

10. Sana Salaris, *Ricerche urologiche e ematologiche nei psicopatici*, Riv. di patol. nervosa e mentale, 1908, fasc. 3.
11. Parhon et Urechia, *Recherches sur l'influence exercée par les sels de calcium et de sodium sur l'évolution de la tétanie expérimentale*, XII-e Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, Genève-Lausanne, aug. 1917.
12. Lundborg, *Eine Hypothese betreffend die Natur der catatonischen Symptom-complex*. Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 15 aprilie 1905.
13. Reyner et Paulesco, *Glandes thyroïdes. Physiologie normale et pathologique*, Journal de Médecine interne, 1899.
14. Jeandelize, *L'insuffisance thyroïdienne et parathyroïdienne*, teză, Nancy, 1903.

CERCETĂRI ANATOMO-PATOLOGICE ASUPRA GLANDELOR ENDOCRINE LA ALIENAȚI

NOTĂ DESPRE STAREA GLANDELOR CU SECREȚIE INTERNĂ ÎN CÎTEVA CAZURI DE ALIENAȚIE MINTALĂ *

Influența glandelor endocrine asupra metabolismului general al organismului, și, prin aceasta, asupra totalității funcțiilor sale, este una din cunoștințele cele mai bine stabilite ale științei.

Funcțiile psihice nu fac excepție de la această regulă. Alterațiile glandelor endocrine pot fi cauza directă a unor tulburări mintale.

În alte cazuri, în intoxicațiile exogene (ca alcoolismul de pildă), factorul etiologic poate acționa nu numai direct asupra centrilor nervoși, ci și indirect prin intermediul glandelor cu secreție internă care-și au partea lor în patogenia modificărilor psihice.

În sfîrșit, în alte cazuri, alterațiile acestor organe pot constitui o predispoziție la apariția psihozelor și pot avea un rol important în patogenia degenerescenței.

Aceste cîteva considerații sînt suficiente pentru a arăta importanța problemei în discuție.

Va trebui deci să se studieze cu luare aminte starea glandelor endocrine în diferite cazuri de alienație mintală.

Pentru documentare, vom da descrierea histologică a glandelor în cîteva cazuri de acest fel precum și considerațiile pe care ni le sugerează.

Th., de 60 de ani. Demență alcoolică.

Corpul tiroid. Simpla examinare macroscopică a organului ne arată alterații evidente. Astfel, într-o regiune găsim un chist cu conținut coloid, avînd dimensiunile unei alune. La oarecare distanță de acest chist, se observă un nodul relativ bine delimitat și avînd cam aceleași dimensiuni.

Studiul microscopic arată alterații însemnate. Astfel, în vecinătatea chistului, se găsesc foliculi dilatați, avînd, de exemplu, dimensiuni de 1 815/265, 955/682, 990/859, 462/396, 352/253 microni ș.a.m.d.

Unii foliculi peste măsură de destinși de coloid au plesnit iar conținutul lor s-a revărsat în afară.

---

* În colaborare cu A. Marie. Publicată în Archives de neurologie, iun. 1912.

Astfel aspectul organului se modifică în unele regiuni: găsim o rețea mai mult sau mai puțin neregulată de canale sau lacuri, conținînd substanță coloidă ca și veziculele pe care le înconjură.

Alteori se remarcă numai celule împrăștiate fără ordine în această substanță, iar foliculii tiroidieni nu se mai deosebesc. Celulele foliculilor sînt cubice și în general clare.

La o oarecare distanță de chistul descris mai sus, la nivelul nodulului citat, se observă o scleroză foarte pronunțată.

Fascicule largi de țesut conjunctiv dens izolează grupuri de mai multe vezicule și aceste grămezi foliculare sînt împărțite la rîndul lor prin fascicule conjunctive mai puțin largi. În general, în aceste regiuni, foliculii au dimensiuni obișnuite și conțin coloid eozinofil. Se găsesc totuși foliculi mai puțin numeroși, cu conținut hematoxilinofil. Se mai pot observa în coloidul eozinofil al unor foliculi, picături de coloid, care s-au colorat cu hematoxilină.

Forma celulelor este cubică, după cum am spus mai sus, și aspectul lor este clar. Acest ultim fapt se datorește împrejurării că au conținut o cantitate mare de granulații lipoidice care s-au dizolvat la trecerea secțiunilor prin diferiți reactivi. În adevăr, pe secțiunile efectuate la microtomul de congelare și colorate cu Sudan, se observă că celulele sînt pline de granulații care au fixat în mod intens această substanță (ce colorează în mod electiv lipoizii). Aceste granulații sînt și mai abundente în celulele unor foliculi al căror conținut este sărac sau lipsit de coloid, sau în celulele descuamate și înecate în masa de coloid a foliculilor. Se observă în sfîrșit fine granulații lipoidice izolate, răspîndite în coloid și provenind probabil din dezintegrarea unor celule.

Testiculele. Ele prezintă o scleroză destul de pronunțată. Se observă nu numai îngroșarea țesutului conjunctiv care înconjură tubii seminiferi, dar se mai constată și că un mare număr din aceștia, spre periferia organului, au dispărut complet ca elemente funcționale, fiind reduși la un fel de cicatrice care amintesc pe acelea lăsate de unii corpi galbeni de dimensiuni mici. Totuși, se mai întîlnesc încă un număr destul de apreciabil de tubi seminiferi în care există spermatogeneza deși nu prea activă.

Colorarea cu Sudan arată că celulele din tubii seminiferi conțin foarte numeroase granulații lipoidice. Celulele din primul strat sînt extrem de bogate în asemenea granulații. În cele ale glandei interstițiale, cantitatea lor este moderată. Se poate spune că glanda diastematică, fără a fi foarte dezvoltată nu se depărtează de normal nici prin numărul sau volumul celulelor ei, nici prin conținutul acestora în granulații lipoidice.

Splina, foarte congestionată, este bogată în granulații pigmentare intra - și extracelulare. Corpusculii lui Malpighi prezintă o dezvoltare moderată. Colorația cu Sudan ne arată cîteva celule, destul de rare de altfel, bogate în granulații lipoidice.

Rinichii prezintă un grad de congestie destul de accentuat. De asemenea notăm o scleroză difuză nu prea pronunțată, predominantă spre periferia organului. Se observă și cîțiva glomeruli sclerozați. Colorația cu Sudan arată că celulele conțin o foarte mare cantitate de granulații lipoidice fine, a căror afinitate pentru substanța colorantă nu este tot atît de pronunțată ca aceea a celulelor tiroidiene sau testiculare.

B., de 33 de ani. Demență precoce.

Corpul tiroid este constituit din foliculi în cea mai mare parte dilatați și conținînd coloid de eozină colorat în roz.

Într-un mare număr de foliculi, se observă celule descuamate. Celulele sînt turtite și au o înfățișare endotelioidă. Nu se observă scleroză nici ectazie vasculară. Dar se întîlnesc spații de natură probabil limfatică, pline cu materie coloidă. Colorația cu Sudan arată că celulele din peretele foliculilor conțin granulații lipoidice destul de abundente. Aceste granulații sînt și mai abundente în celulele descuamate.

O paratiroidă internă cuprinsă pe secțiune o dată cu corpul tiroid este alcătuită din numeroase celule îngrămădite unele în altele, a căror protoplasmă este puțin abundentă și cromofobă.

Testiculul este sediul unei scleroze destul de pronunțate. Spermatogeneza cu totul absentă. Celulele tubilor seminiferi sînt foarte bogate în granulații lipoidice. Glanda interstițială este destul de bine reprezentată, și celulele ei conțin granulații lipoidice în cantități normale.

H., de 57 de ani. Demență senilă.

Corpul tiroid prezintă o ușoară scleroză, accentuată mai cu seamă spre periferia organului. Dar ceea ce face caracteristica organului, în acest caz, este o dilatare importantă a foliculilor.

Aceştia din urmă conţin coloid ale cărui reacţiuni tinctoriale sînt normale. Forma celulelor este cubică, conturul lor dinspre conţinutul coloid nu este îndeajuns de net. În unii foliculi, se observă celule descuamate. Pe o secţiune, am găsit un vas limfatic plin de coloid.

Mai notăm o congestie moderată a organului şi pe alocuri, spre periferia organului, mici foliculi conţinînd în cavitatea lor, o picătură de coloid hematoxilinofil.

Coloraţia cu Sudan ne arată că epiteliul folicular este foarte bogat în granulaţii lipoidice colorabile prin această substanţă.

Capsulele suprarenale. În zona corticală se observă dimensiunile foarte mici ale maselor celulare din stratul glomerular. Fasciculele celui de-al doilea strat sînt extrem de subţiri iar celulele lor nu conţin decît fine granulaţii lipoidice. Numai în puţine celule se observă granulaţii mai mari.

În stratul reticulat, se observă capilare pline de sînge. Tot astfel şi în stratul fasciculat.

Substanţa medulară lipseşte pe secţiunile ce le avem.

Testiculele. Coloraţia secţiunilor efectuate la microtomul de congelare, cu Sudan-hematoxilină, arată că celulele glandei interstiţiale — puţin numeroase şi nu prea voluminoase — conţin din abundenţă fine granulaţii lipoidice. De asemenea, celulele tubilor seminiferi conţin un mare număr de granulaţii asemănătoare. Spermatogeneza lipseşte. În mod cu totul excepţional se poate presupune în cîţiva tubi un început de spermatogeneză.

Pancreasul, uşor congestionat, nu pare să prezinte alte alteraţii. Insulele lui Langerhans sînt bine reprezentate.

În splină, corpusculii lui Malpighi sînt slab reprezentaţi. În rest n-am găsit nimic de notat.

M. Tabes. Demenţă.

Corpul tiroid prezintă o scleroză evidentă, dar nu prea accentuată. Foliculii prezintă dimensiuni variabile, un apreciabil număr din ei fiind evident ectaziaţi. Coloidul prezintă reacţii tinctoriale normale. În mai multe locuri, se văd vase pline cu sînge.

Testiculul este sediul unei scleroze foarte nete. Benzi de ţesut conjunctiv înconjură tubii seminiferi izolîndu-i unii de alţii. Glanda interstiţială prezintă o dezvoltare potrivită. Procesul spermatogenetic este stins, căci nu se găsesc decît urme îndoielnice de spermatozoizi.

Suprarenalele prezintă o scleroză moderată a substanţei corticale, precum şi o puternică vascularizare cu ectazii evidente ale aceleiaşi substanţe, mai cu seamă în stratul reticulat.

Se remarcă, în afară de aceasta, focare microcelulare în mai multe locuri. Celulele prezintă o aparenţă normală. Substanţa medulară lipseşte pe secţiunile noastre.

Pancreasul este sediul unei scleroze foarte accentuate şi difuze. Se observă o vădită ectazie vasculară. Acinii şi insulele lui Langerhans au o înfăţişare normală.

Rinichii prezintă şi ei o scleroză accentuată, mai ales, spre suprafaţa organului. De asemenea, se observă glomeruli sclerozaţi precum şi o ectazie vasculară accentuată. Tubii secretori şi colectori cu aparenţa normală.

P. Paralizie generală. Albuminurie.

Corpul tiroid prezintă alteraţii importante. Astfel, pe secţiunile colorate cu hematoxilină-eozină, se observă o scleroză moderată, destul de pronunţată totuşi ca să izoleze lobulii şi în mai multe locuri chiar foliculii. În majoritate, aceştia din urmă au o formă rotunjită, alţii sînt neregulaţi.

Dimensiunile foliculilor sînt variabile, adeseori sînt destul de mari, fără să existe totuşi o ectazie pronunţată. Se văd şi foliculi mici, chiar şi foarte mici. Aceştia din urmă se găsesc din abundenţă în unele regiuni, iar în altele, predomină foliculii mijlocii şi mari. Conţinutul foliculilor este reprezentat în cea mai mare parte prin coloid eozinofil. Numai extrem de rar se remarcă foliculi mici al căror conţinut a fixat hematoxilina.

Se mai observă, din loc în loc, picături colorate cu hematoxilină în masa de coloid eozinofil. În mai mulţi foliculi mici, coloidul lipseşte sau este puţin abundent. Celulele din peretele folicular au forma cubică şi conţin un mare număr de granulaţii cafeniu închis. Se observă frecvent celule descuamate din perete, cuprinse în masa coloidă.

În unii foliculi, celulele sînt desprinse fără a pierde contactul reciproc, astfel încît coloidul înconjură cele două feţe — internă şi externă — a celulelor peretelui.

În mai multe locuri, se observă canale limfatice pline cu substanţă coloidă. Nu se observă dimpotrivă vase congestionate, sau ectazii vasculare. Coloraţia cu scharlach arată că celulele foliculilor sînt extrem de bogate în granulaţii lipoidice. Cît despre celulele descuamate, cea mai mare parte sînt balonate, şi cu desăvîrşire destinse prin astfel de granulaţii.

Testiculul este sediul unei scleroze foarte evidente, mai ales spre periferia organului. Glanda interstiţială este destul de bine dezvoltată. Dimpotrivă, după aspectul tubilor seminiferi se poate trage concluzia că procesul spermatogenic este complet stins sau aproape stins. În cavitatea celulelor epididimului se observă uneori celule descuamate, dar nu pachete de spermatozoizi.

Coloraţia cu scharlach arată că celulele glandei interstiţiale sînt foarte bogate în asemenea granulaţii, ceea ce, după părerea noastră, indică o stare de activitate funcţională. Celulele din tubii seminiferi conţin şi ele granulaţii, colorlate cu scharlach, foarte abundente, ceea ce însă ne indică mai de grabă o stare patologică.

Ficatul prezintă o scleroză foarte evidentă, pornind mai cu seamă din spaţiile lui Kiernan. Orientarea specială a celulelor în jurul unei vene centrolobulare lipseşte în general.

În mai multe locuri, se observă infiltraţii celulare în ţesutul conjunctiv. Celulele pereţilor capilarelor sînt bogate în granulaţii pigmentare. Cît despre conţinutul în granulaţii lipoidice, coloraţia cu scharlach arată că este mai curînd micşorat.

M., de 44 de ani. Paralizie generală saturnină.

Corpul tiroid prezintă o scleroză destul de pronunţată iar ţesutul conjunctiv a suferit un proces degenerativ, judecînd după aspectul său omogen fără structură fibrilară distinctă. Foliculii, în parte sînt dilataţi, alţii mai conţin coloid eozinofil; în cei mai mici, există şi coloid hematoxilinofil.

De asemenea se găsesc şi picături mari hematoxilinofile în masa coloidului eozinofil. Din loc în loc se observă capilare pline cu sînge. Coloraţia cu Sudan arată o abundenţă cu totul neobişnuită de granulaţii lipoidice în celulele foliculilor şi aceste granulaţii sînt şi mai numeroase în celulele descuamate ce se pot întîlni în masa coloidului.

Testiculele. Coloraţia cu Sudan ne arată că glanda interstiţială este foarte bine reprezentată şi celulele ei conţin numeroase granulaţii lipoidice. Aceste granulaţii sînt destul de abundente şi în celulele tubilor seminiferi, mai cu seamă în acele ale primului strat. Spermatogeneza este absentă pe secţiunea pe care le-am examinat. Nu se întîlnesc decît cel mult începuturi incomplete.

Ficatul. Celulele lui conţin fine granulaţii lipoidice, avînd în general, o slabă afinitate pentru Sudan. Celulele sînt normal constituite, avînd dimensiuni normale. Se observă un început de scleroză.

Mor., de 19 ani. Sifilis cerebral. Hemiplegie stîngă.

Corpul tiroid este constituit din foliculi plini cu coloid ale cărui reacţii tinctoriale sînt normale. Un mare număr de foliculi prezintă o dilatare pronunţată, după cum se poate judeca după cifrele următoare, reprezentînd dimensiunile a cinci foliculi : 352/251, 550/495, 715/330, 824/715, 1 100/462 microni.

Forma celulelor este cubică; ele sînt puţin voluminoase. Pe o secţiune, am întîlnit un vas limfatic mare plin cu coloid.

Suprarenalele. Coloraţia cu scharlach sau cu acid osmic arată că stratul glomerular este constituit din celule bogate în granulaţii lipoidice. În stratul fasciculat se găsesc regiuni prezentînd acelaşi caracter, iar altele sînt sărace în granulaţii lipoidice.

De asemenea, în stratul fasciculat se găsesc numeroase grămezi constituite din picături mari grăsoase, care s-au colorat în negru prin acidul osmic şi care ni s-au părut extracelulare. Granulaţiile lipoidice intercelulare au devenit prin colorare cu acid osmic, brune castanii.

Pe secţiunile noastre lipseşte zona medulară.

Testiculul prezintă un grad moderat de scleroză. Spermatogeneza este scăzută în mod evident. Glanda intersitiţială prezintă o dezvoltare mijlocie, şi celulele ei conţin abundente granulaţii lipoidice. Aceste granulaţii sînt numeroase şi în tubii seminiferi.

În rinichi, există o vasodilatare destul de pronunţată, fără alte modificări.

Faptele şi observaţiile de mai sus arată că alteraţiile glandelor endocrine sînt frecvente la alienaţi şi mai cu seamă la demenţii din diferite grupe psihiatrice (căci 6 din cele 7 cazuri ale noastre privesc pe demenţi).

Vom trece în revistă pe scurt principalele noastre constatări pentru fiecare glandă în aceste diverse cazuri, comparîndu-le cu ceea ce alţi autori au găsit în altele similare. În cazul nostru de demenţă alcoolică, găsim, pe lîngă alteraţii scleroase ale glandei, o importantă ectazie a foliculilor, cu formaţii chistice, descuamaţii celulare, plesnirea unor foliculi şi revăr-

sarea în afară a conținutului lor etc. Reținem și marea cantitate de granulații lipoidice în acest caz.

Perrin de la Touche și Dide (1), De Quervain (citat după (2)), Schmiergeld (2), Zalla (3), au avut de asemenea prilejul să studieze tiroida în alcoolism.

Dacă ne raportăm la totalitatea acestor cazuri, putem spune că alterațiile numitei glande constituie regulă în menționata intoxicare. Scleroza a fost notată în ambele cazuri ale lui Schmiergeld. Într-un caz studiat de unul din noi, scleroza era foarte pronunțată. S-a descris: descuamarea celulară (De Quervain, Schmiergeld, un caz din Zalla), ectazia foliculilor (cazul lui Schmiergeld, al lui Zalla) și dimensiunile lor foarte mici (un caz al lui Schmiergeld).

După cum se poate observa, alterațiile tiroidiene par constante în alcoolism și credem că trebuie să se țină seamă de aceasta în interpretarea simptomelor.

Atragem atenția asupra abundenței în granulații lipoidice, notată în cazul nostru. Ea va trebui să fie sistematic cercetată deși ar putea să fie în raport cu vîrsta înaintată a bolnavului.

În cazul nostru de demență precoce, nu se găsesc alterații importante. Granulațiile lipoidice erau destul de abundente; s-a notat descuamare celulară, dar secreția coloidului nu părea alterată, și organul nu era sclerozat. Scleroza, a fost dimpotrivă, notată în 4 din 5 cazuri de demență paranoidă, de către Dide și Perrin de la Touche, și aceiași autori au observat scleroza tiroidiană în 7 din 8 cazuri de demență catatonică. Aceeași leziune exista în unul din cele două cazuri studiate de Benigni și Zillochi (5), precum și în 4 din 5 cazuri observate de Ramadier și Marchand (6).

În al cincilea caz, aspectul organului părea normal și aceeași constatare a făcut-o și Laignel-Lavastine (7).

Unul din noi a putut să mai studieze încă alte cinci cazuri de demență precoce. În nici unul nu exista scleroză; dimpotrivă, în două, exista o dilatare vasculară mergînd într-un caz, pînă la hemoragie, iar în două cazuri se observa ectazia foliculilor, fenomene pe care le-am constatat și în cazul descris aici.

Raporturile alterațiilor tiroidiene cu demența precoce sînt pînă în acest moment puțin studiate, spre a putea trage o concluzie precisă. Amintim totuși că Berkley (8) susține că în demența precoce catatonică a obținut efecte foarte apreciabile prin ablația tiroidei și atrage totodată atenția asupra frecvenții glandelor cu o greutate prea mică în această psihoză, ceea ce permite poate să ne gîndim că glanda tiroidă poate avea un rol în predispoziția către demența precoce.

În adevăr, Dide și Perrin de la Touche au găsit, în cazurile lor cifrele 25, 24, 10, 20,38, 18, 12, 15, 17, 20, 30, 25 g, iar unul din noi a găsit în 7 cazuri cifrele următoare: 46, 40, 40, 25, 14, 12 și 10 g. Dacă admitem, cu Laignel-Lavastine, că greutatea normală a corpului tiroid oscilează între 20 și 30 g, se va observa cît de frecvente sînt, în demența precoce, cazurile care se depărtează de aceste cifre.

În cazul nostru de demență senilă, trebuie să notăm mai cu seamă bogăția în granulații lipoidice, precum și dilatarea importantă a foliculilor.

Alți autori s-au ocupat de asemenea de studiul tiroidei în demența senilă.

A m a l d i (9) o găsește alterată în 19 din 24 de cazuri și modificările — pe care autorul din nenorocire nu le descrie — par să fi fost importante, mergînd pînă la o stare în care funcțiunea glandulară poate fi considerată complet sau aproape abolită.

P e r r i n de la T o u c h e și D i d e au observat 4 cazuri. În toate patru, existau procese de scleroză; alterațiile foliculilor nu sînt descrise în amănunt.

R a m a d i e r și M a r c h a n d, în două cazuri de demență senilă, au găsit tiroide cîntărind 15 și 16 g. Cea din urmă, examinată la microscop, nu părea alterată. Cealaltă era atinsă de scleroză, cu atrofia unor vezicule și cu celule dispuse fără ordine, în timp ce în alte vezicule, coloidul era destul de abundent.

Z a l l a a studiat, la rîndul său, 7 cazuri de demență senilă. Greutatea organului era respectiv de 25, 25, 23, 21, 17, 14 și 13 g. La microscop, glanda părea normală într-un caz; în celelalte, pe lîngă o scleroză, mai mult sau mai puțin pronunțată, se nota o dilatare considerabilă a foliculilor cu o mare cantitate de coloid. Epiteliul era turtit și autorul considera glanda ca fiind în hipofuncțiune.

Z a l l a n-a întîlnit aproape niciodată aspectul descris de P i l l i e t (10) și M ü l l e r (citat după (3)) ca aparținînd tiroidei senile și care consta în scleroză cu atrofia foliculilor și dispariția substanței coloide.

Unul din noi a studiat încă 4 cazuri de demență senilă. În trei, aspectul notat de Z a l l a și regăsit în cazul nostru, era prezent. Lipoizii erau, ca și în cazul nostru, foarte abundenți într-un singur caz din aceste patru, unde s-a întrebuințat metode de colorație electivă. Scleroza exista într-un singur caz. În sfîrșit, într-un singur caz foliculii tiroidieni erau foarte mici.

Se poate spune că glanda tiroidă se găsește frecvent modificată în demența senilă și că alterația cea mai frecventă, după observațiile lui Z a l l a și ale noastre, pare să fie dilatația foliculară cu acumulare de coloid, la care trebuie să se adauge, pe cît se pare, marea cantitate de granulații lipoidice.

Rămîne de văzut ce raport există între aceste leziuni și între demența senilă, dar pînă în prezent nu se poate răspunde nimic la această întrebare.

În ce privește demența tabetică, nu cunoaștem cercetări privitoare la tiroidă în această afecțiune. În cazul nostru, se observă o scleroză evidentă cu ectazia unui număr destul de mare al foliculilor.

Demențele tabeticilor țin adesea dar nu totdeauna, de paralizia generală, ceea ce ne determină să descriem această boală din urmă, în care glanda tiroidă a fost mai bine studiată.

Cercetările lui O b r e g i a și V o l b e r g sînt dintre primele. Acest din urmă autor, în teza lucrată sub inspirația lui O b r e g i a (11), găsește alterații frecvente ale corpului tiroid, reprezentate, din punct

de vedere macroscopic, prin congestie mai mult sau mai puțin intensă a organului, cu infiltrații sanguine etc.

Volumul glandei tiroide este adesea foarte scăzut, și tocmai în aceste cazuri se observă o evoluție rapidă și malignă.

Volberg descrie de asemenea examenul microscopic al tiroidei în 40 de cazuri de paralizie generală. El găsește infiltrații hemoragice aproape constante, scăderea frecventă a coloidului cu alterații variate ale celulelor peretelui folicular (proliferare, turtire, infiltrație cu granulații refrigerente). În unele cazuri se găsesc și procese de scleroză.

Analdi (în 5 din 9 cazuri). Perrin de la Touche Dide, Ramadier și Marchand (în 11 din 12 cazuri), Schmiergeld, Zalla au notat de asemenea alterații, variabile de altfel, ale tiroidei; dimensiuni mici sau ectazia foliculilor, descuamare celulară, grămezi celulare fără coloid, procese de scleroză etc.

Laignel-Lavastine a notat aspectul vaso-paralitic al glandei.

În cele două cazuri studiate de noi, am găsit, pe lîngă alterații ce amintesc pe acelea găsite de alți autori, o mare acumulare de granulații lipoidice în celulele foliculilor. În unul din cele două cazuri ale noastre este vorba de un bolnav căruia i s-a pus diagnosticul clinic de paralizie generală saturnină, dar trebuie să spunem că studiul microscopic al secțiunilor creierului ne-au arătat prezența unor leziuni identice cu acele ale paraliziei generale propriu-zisă.

În cazul de sifilis cerebral cu hemiplegie, am găsit mai cu seamă o ectazie ce se observa într-un mare număr de foliculi.

Din punct de vedere anatomic, Perando (12) a observat tiroida copiilor sifilitici prezentînd o oprire în dezvoltare. Din punct de vedere clinic, se cunoaște un infantilism heredosifilitic. Unul din noi a comunicat odinioară un astfel de caz împreună cu Papinian (13). Acest infantilism este asemănător cu cel din cazurile de paralizie generală juvenilă publicate de Joffroy (14) și de noi (15).

Să vedem acum ce se poate spune despre starea celorlalte glande, în psihozele studiate mai sus, vorbind numai despre glandele pe care le-am putut examina în împrejurarea de față.

În cazul nostru de demență precoce, am putut examina o paratiroidă. Glanda părea mai degrabă în stare de hipofuncțiune (celule grămădite unele într-altele, cu protoplasmă cromofilă și puțin abundentă).

Într-un alt caz examinat de unul din noi, paratiroidele conțineau celule bogate în granulații asemănătoare celor ale celulelor cianofile ale hipofizei, precum și altele net eozinofile.

Nu am găsit în literatura medicală alte observații privitoare la starea glandelor paratiroide în demența precoce.

Acest studiu va trebui deci continuat, cu atît mai mult cu cît Lundborg a susținut ipoteza unei origini paratiroidiene a catatoniei.

În ce privește starea testiculelor, semnalăm scleroza, lipsa de spermatogeneză, și abundența de granulații lipoidice în celulele tubilor seminiferi în cazul nostru de demență precoce, dar și, ceea ce pare tot atît de important — aspectul normal al celulelor glandei interstițiale. În cele-

lalte două cazuri studiate de unul din noi se regăseşte insuficienţa funcţională a tubilor seminiferi, precum şi starea normală sau cel puţin satisfăcătoare a celulelor glandei interstiţiale.

Această constatare concordă cu ceea ce A. Marie şi Dide (16) au găsit în alte cazuri, şi nu sprijină ipoteza unei legături între demenţa precoce şi o tulburare funcţională a testiculului considerat ca o glandă endocrină.

Trebuie totuşi să facem rezerve, imaginile histologice nu ne permit să judecăm decît în unele limite starea funcţională a unui organ, iar pe de altă parte, amintim că Laignel-Lavastine (17) şi Vigouroux (18) au observat, în mai multe cazuri, scleroza testiculară cu dispariţia glandei diastematice.

În cazul de demenţă alcoolică, am găsit alteraţii de scleroză ale testiculelor cu scăderea spermatogenezei şi acumulare de granulaţii lipoidice în celulele tubilor seminiferi. Glanda interstiţială nu ni s-a părut alterată.

Într-un caz de psihoză alcoolică, unul din noi a găsit lipsa spermatogenezei şi a glandei interstiţiale reprezentată printr-un număr mic de celule din care unele conţineau pigment brun.

Schmiergeld, în două cazuri de alcoolism, a găsit şi el alteraţii testiculare constînd în scleroză mai mult sau mai puţin pronunţată, un număr mic de celule interstiţiale a căror protoplasmă, cel puţin întrunul din cazuri, părea să nu conţină grăsime.

Bertholet (20) a examinat testiculele la 19 alcoolici, găsind atrofia parenhimului şi scleroză interstiţială.

În cazul nostru de demenţă senilă, se observă, în testicul, lipsa spermatogenezei şi o dezvoltare slabă a glandei interstiţiale.

Starea testiculului în demenţa senilă nu a fost studiată pînă în prezent. Laignel-Lavastine crede totuşi că leziuni precoce ale acestui organ ar putea să predispună la demenţa senilă prin mijlocirea arteriosclerozei cerebrale, alteraţiile testiculare părînd a crea o predispoziţie la arterioscleroză.

În cazul nostru de demenţă la un tabetic, se găseşte lipsa spermatogenezei, cu scleroză foarte netă a testiculului şi dezvoltare mijlocie a glandei diastematice. Unul din noi a avut prilejul să studieze testiculul în două cazuri de paralizie generală cu tabes. În unul din cazuri, glanda nu părea să fie alterată. În celălalt, se observa scăderea spermatogenezei cu abundenţă de granulaţii lipoidice în celulele tubilor seminiferi şi scăderea acestor granulaţii în glanda diastematică. Acest bolnav prezenta o dezvoltare foarte slabă a sistemului pilos al feţii, ceea ce lăsa să se presupună din punct de vedere clinic un grad mai mult sau mai puţin pronunţat de insuficienţă testiculară, fapt care îl confirmă dezvoltarea slabă a granulaţiilor lipoidice în glanda interstiţială.

Atragem aici atenţia asupra faptului că părul de pe faţă este puţin dezvoltat la unii tabetici, cît şi asupra interesului ce ar prezenta studiul testiculului din punct de vedere al secreţiei sale interne la astfel de bolnavi.

Ultimele cazuri citate (cele de tabo-paralizie) ne îndeamnă să descriem starea testiculului în paralizia generală.

În ambele cazuri pe care le comunicăm aici, spermatogeneza era absentă, dar glanda interstițială nu părea alterată.

Unul din noi a examinat testiculul în alte trei cazuri de paralizie generală. În două din aceste cazuri, procesul spermatogenetic era stins. În două cazuri (din care unul face parte din cele două cazuri precedente), glanda interstițială era slab reprezentată. Într-un caz, se observau și procese de scleroză.

Venturi (citat după (17)), Marchand (21) Schmiergeld (19) au studiat de asemenea testiculul în paralizia generală. Glanda interstițială prezenta un aspect variat. Scăderea sau lipsa spermatogenezii părea, dimpotrivă, o alterație frecventă.

Și în cazul nostru de sifilis cerebral exista de asemenea o scădere vădită a spermatogenezei. În acest caz, glanda tiroidă nu ni s-a părut alterată.

Să trecem acum la glandele suprarenale.

În cazul nostru de demență senilă, glanda părea să fie în hipofuncțiune, considerînd mai ales dimensiunile mici ale diferitelor straturi ale substanței corticale și scăderea granulațiilor lipoidice.

Unul din noi a studiat suprarenalele în trei cazuri de demență senilă.

Într-un caz, se observă o scădere, mai puțin pronunțată decît în cel raportat aici, a substanțelor lipoidice, în timp ce în celelalte două acestea din urmă se găseau, dimpotrivă, în mare cantitate. Într-un caz celulele substanței medulare prezentau un aspect alveolar.

Problema stării capsulelor suprarenale în demența senilă ar merita să fie studiată pe o scară mai întinsă, cu atît mai mult cu cît Laignel-Lavastine crede că suprarenalele ar putea avea un rol în evoluția unor cazuri de demență rapidă, expresie clinică a cerebrosclerozei prin hiperepinefrie.

În cazul nostru de demență, la un bolnav de tabes, se observa, pe lîngă o scleroză moderată, o bogată vascularizare a corticalei, precum și prezența unor focare microcelulare.

Unul din noi a mai examinat capsulele suprarenale în alte patru cazuri de taboparalizie. În două cazuri, substanțele lipoidice ale corticalei erau abundente și celulele prezentau aspectul spongiocitar; în unul din acestea se observa de asemenea o scleroză moderată. Într-un al treilea caz, lipoizii corticalei erau scăzuți. În al patrulea, părea că există același fenomen, dar mai puțin pronunțat.

Schmiergeld (22) a studiat de asemena capsulele suprarenale în 8 cazuri de tabes. El a găsit alterații constînd în hipertrofie sau adenom al acestor organe, scleroză etc. Autorul crede că aceste alterații pot să intervină în hipertensiunea observată la cei atinși de tabes.

În cazul nostru de sifilis cerebral, capsulele suprarenale nu par să fie alterate.

În ce privește pancreasul, el părea numai congestionat în cazul nostru de demență senilă, și prezenta o scleroză difuză foarte pronunțată în cazul de tabes cu demență. În acest din urmă caz, s-a mai găsit și o ectazie vasculară foarte evidentă.

Pentru A. Marie şi Dide, scleroza periacinoasă a pancreasului se observă în unele cazuri, în psihozele de involuţie. Laignel-Lavastine este de părere că studiul pancreasului, în psihiatrie, este la început. Unul din noi a observat scleroza pancreasului în două din trei cazuri de demenţă senilă, în care a fost examinat. În unul din aceste cazuri, existau în plus concreţiuni probabil calcare în conductele excretoare.

De asemenea, în două cazuri de tabes cu paralizie generală, examinate de unul din noi, se observă un grad mai mult sau mai puţin pronunţat de scleroză a pancreasului, cu ectazie vasculară într-unul din aceste cazuri.

Ne mai rămîn de spus cîteva cuvinte despre alteraţiile hepatice, lăsînd la o parte starea splinei sau a rinichiului, organe prea puţin studiate pînă în prezent în ce priveşte funcţiunea lor endocrină.

Am examinat ficatul numai în două cazuri de paralizie generală. Într-unul din ele, se observă o scleroză foarte pronunţată cu infiltraţie celulară a ţesutului conjunctiv şi celule dispuse neregulat. În cazul al doilea, se observă numai un început de scleroză.

Ficatul a fost studiat (în paralizia generală) de un mare număr de autori, ca Klippel (23), Lucacz (24), Pilcz (25), Lombardo (26), Kraepelin (27), Schmiergeld, Laignel-Lavastine Marie şi Dide, Catola (28), Parhon.

Alteraţiile găsite constau, după caz, din vasodilaţie, atrofie, scleroză, supraîncărcare pigmentară şi grasă, prezenţa de plasmocite etc.

Acestea sînt alteraţiile observate în glandele examinate în cele 7 cazuri ale noastre, de alienaţie mintală şi apropierile ce s-au putut face cu constatările celorlalţi autori.

Fără a voi să insistăm prea mult asupra acestor cazuri, pe care le prezentăm mai mult ca documentare, observăm că problema glandelor endocrine, în psihiatrie, prezintă două aspecte sub care trebuie privită.

Alteraţiile glandelor endocrine pot să existe înaintea psihozei şi să contribuie la crearea terenului pe care apare aceasta din urmă sau ele sînt în funcţie de aceeaşi cauză care produce psihoza, ceea ce nu le împiedică de altfel să aibă, secundar, o înrîurire asupra acesteia din urmă.

În sfîrşit, psihoza, prin tulburările ce-i sînt proprii, ar putea influenţa funcţionarea glandelor endocrine.

Dar aceste diferite probleme, pe care ne mărginim să le ridicăm, fac necesare încă multe şi stăruitoare cercetări.

ЗАМЕТКА О СОСТОЯНИИ ЖЕЛЕЗ ВНУТРЕННЕЙ СЕКРЕЦИИ У НЕСКОЛЬКИХ УМАЛИШЕНИЫХ

(КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ)

Подчеркиваются частые поражения эндокриниых желез при психозах. Описываются 7 случаев, в которых было произведено гистопатологическое исследование эндокринных желез (алкоголическое сла-

боумие, раннее слабоумие, старческое слабоумие с абсентеизмом, спинная сухотка со слабоумием, прогрессивный паралич, общий паралич вследствие отравления свинцом, сифилис головного мозга с левой гемиплегией).

Описываются изменения эндокринных желез при различных психических заболеваниях, и производится сопоставление собственных данных с литературными.

Обсуждается механизм, посредством которого эндокринные железы могут вызывать психические расстройства: прямое влияние на нервную систему, а также косвенное действие, при котором экзогенный токсический агент вызывает повреждение эндокринных желез, оказывающее влияние на нервную систему. В других случаях изменения желез предрасполагают к психическим расстройствам.

NOTE SUR L'ÉTAT DES GLANDES À SÉCRÉTION INTERNE DANS QUELQUES CAS D'ALIÉNATION MENTALE

(RÉSUMÉ)

On insiste sur la fréquence, dans les psychoses, des lésions des glandes endocrines. On présente sept observations dans lesquelles on a effectué l'examen histopathologique de ces glandes : démence alcoolique, démence précoce, démence sénile avec absynthisme, tabes avec démence, paralysie générale, paralysie générale saturnine, syphilis cérébrale avec hémiplégie gauche.

On présente les altérations des glandes endocrines dans différentes affections mentales, comparant les données personnelles à celles de la littérature.

On discute le mécanisme par lequel les glandes endocrines peuvent déterminer les troubles psychiques : action directe sur le systeme nerveux, action indirecte, le toxique exogène déterminant les altérations endocriniennes qui influencent le système nerveux. D'autrefois les modifications glandulaires prédisposent à des affections mentales.

BIBLIOGRAFIE

1. Perrin de la Touche şi Dide, Arch. de méd. expérimentale, 1904.
2. Schmiergeld, *Lésions des glandes à sécrétion interne dans deux cas d'alcoolisme chronique*, Arch de méd. exp., 1909, nr. 1, p. 75.
3. Zalla, *Contrib. à l'étude de la glande thyroïde et l'hypophyse dans quelques maladies mentales et nerveuses*, L'Encéphale, 1909, nr. 10.
4. C.I. Parhon, *Cercetări asupra glandelor cu secreţie internă şi raportul lor cu patologia mintală*, Bucureşti, 1910.
5. Benigni şi Zillochi, Revista sperimentale di freniatria, 1908, fasc. 1.

6. Ramadier şi Marchand, *La glande thyroïde chez les aliénés,* L'Encéphale, 1908, nr. 8.
7. Laignel-Lavastine, *Anatomie patholog. du sympathique et des viscéres dans les affections mentales. Traité internat. de psych. pathol.*, vol. I.
8. Berkley, *An abstrait on the Results Obtained in the Treatment of Catatonia by Partial Thyroïdectomy and Thyrolecithin,* Folia neurobiologica, oct. 1908, nr. 1. vol. II.
9. Amaldi, *La ghiandola tiroïde negli alienati,* Reggio—Emilia, 1897.
10. Pilliet, *Études histologiques sur les altérations séniles de la rate, du corps thyroïde et de la capsule surrénale,* Arch. de méd. expér., 1893, t. 1.
11. Volberg, *Studiu asupra alteratiilor glandei tiroide în paralizia generală,* teză, Bucureşti, 1896.
12. Perando, *Alterazioni istologiche della tiroïde nei feti siphilitici non vitali,* Gazetta degl. ospedali, 2 mar. 1902, p. 186.
13. Parhon şi Papinian, *Notă asupra acţiunii corpului tiroid şi a ovarului în asimilarea şi dezasimilarea calciului,* Romînia medicală, 1904.
14. Joffroy, *Paralysie générale juvénile chez un sujet de 20 ans. Persistance des cartilages epiphysaires,* L'Encéphale, an 3, nr. 7, p. 1.
15. C. Parhon şi C. Urechia, *Sur un cas de paralysie générale juvénile,* Journal de neurologie, 1911.
16. Marie et Dide, *Le traité international de physiologie pathologique,* t. I.
17. Laignel-Lavastine, *Des troubles psychiques par perturbation des glandes à sécrétion interne,* Congrès de Dijon, 1908.
18. Vigoureux et Laignel-Lavastine, *Contrib. à l'étude de quelques formes de paralysie générale,* Congrès de Bruxelles, 1903.
19. Schmiergeld, *Les glandes à sécrétion interne dans la paralysie générale,* L'Encéphale, 1907, nr. 2.
20. Bertholet, Zentralblatt, f. Allg. Path., dec. 1909.
21. Marchand, *Testicules des paralytiques généraux,* Soc. d'Anatomle, 1908.
22. Schmiergeld, *Etat fonctionnel des capsules surrénales dans les tabes,* Bull. et mémoires de la soc. anatomique de Paris, oct. 1908, nr. 8.
23. Klippel, *Lésions du foie dans la paralysie générale. Arch. gén. de méd.*, 1892; *Gazette hebdomadaire de méd.*, 1892.
24. Lucacz., Neurol. Zentralblatt, 1904.
25. Pilcz, *Beitrag zur Lehre von der progressive Paralysie. Jahrbücher für psychiatrie,* 1904, vol. 25.
26. Lombardo, *Contrib. all'anat. patol. delle alterazioni epatiche ed alla patogenesia della paralisia progressiva,* Gazetta medica Siciliana, 1906.
27. Kraepelin, *Psychiatria.*
28. Catola, *Contributo allo studio dell'anatomia patologica della paralisia progressiva: alterazioni viscerali* etc., Rivista di patologia nervosa e mentale, 1910, fasc. 1.

NOI CERCETĂRI ASUPRA GLANDEI TIROIDE LA ALIENAŢI *

Glanda tiroidă are un rol din cele mai importante în viaţa psihică normală, iar alteraţiile ei au o mare importanţă de prim ordin, în geneza unor tulburări psihice.

Din acest ultim punct de vedere, nu avem decît să amintim idioţia mixedematoasă, tulburările psihice din boala lui Basedow şi acelea determinate în unele cazuri de hipertiroidizare în scop terapeutic.

Aceste cîteva fapte întăresc de pe acum ideea că, în geneza tulburărilor psihice, glanda tiroidă ar putea să aibă o parte şi mai mare care, îndreptăţeşte cercetările sistematice asupra stării ei în bolile mintale.

Mai mulţi autori au întreprins asemenea cercetări. Vom avea ocazia să-i cităm în cursul acestei lucrări. De asemenea unul dintre noi s-a ocupat de această problemă în mai multe lucrări anterioare.

Avînd la îndemîna noastră un bogat material de observaţii, ni s-a părut interesant să reluăm problema şi să studiem în ansamblu aspectul raporturilor glandei tiroide cu diferite psihoze. Vom studia, aşadar, starea tiroidei în diferite boli mintale, comparînd cercetările personale cu faptele găsite de alţi autori şi încercînd apoi să tragem concluziile ce decurg din totalitatea documentelor existente pînă în prezent.

Cercetările noastre ne vor permite să aruncăm o privire generală asupra anatomiei patologice a glandei tiroide.

Ne vom permite să arătăm apoi rolul glandei tiroide în psihologia normală.

---

* În colaborare cu Mateescu şi A. Ţupa. Publicată în l'Encéphale, aug.-sept. 1913, nr. 8.

Această lucrare era imprimată cînd am luat cunoştinţă de lucrarea lui A. Paris, *Epilepsie, Pathogenie et indications thérapeutiques*, Arch, de neurologie, 1904, nr. 98, 99, 107.

Acest autor acordă o mare importanţă hipertiroidiei în patogenia epilepsiei şi un rol mai redus activităţii glandelor genitale, lucrînd pe un teren predispus. El a întrebuinţat tratamentul tiroidian în epilepsie şi nu a observat decît agravări.

Vom grupa materialul după diagnostice, studiind pentru fiecare psihoză raporturile ei cu glanda tiroidă, atît din punct de vedere clinic cît şi din punct de vedere anatomo-patologic sau terapeutic (opoterapic).

Vom grupa materialul în modul următor :

Vom începe prin studiul raporturilor glandei tiroide cu psihozele afective în care, în majoritatea cazurilor, factorii endogeni par a juca rolul precumpănitor. În aceeaşi ordine de idei, vom studia apoi delirurile cronice şi demenţa precoce. Vom studia confuzia mintală şi epilepsia, psihoze, sau mai bine zis sindroame psihice, în care factorii exogeni ca şi cei endogeni par să aibă un rol însemnat.

Ne vom ocupa apoi de alte psihoze, în care factorii exogeni cunoscuţi — de ordin toxic sau infecţios — au un rol etiologic sigur. Vom vorbi aici de psihozele alcoolice şi pelagroase, apoi de paralizia generală. În sfîrşit, vom studia stările de oprire în dezvoltarea psihică sau de întîrziere mintală în raport cu tulburările cerebrale congenitale sau apărute în cursul copilăriei şi demenţa senilă — psihoză datorită unor alteraţii cerebrale dobîndite în raport cu numeroase cauze care produc senilitatea.

Fireşte, înşiruirea care urmează nu are pretenţia de a fi o clasificare metodică a psihozelor ; ea are mai curînd rolul unui plan întocmit *ad-hoc*, cu scopul de a grupa observaţiile noastre.

GLANDA TIROIDĂ ÎN PSIHOZELE AFECTIVE

Redăm mai întîi observaţia unui caz de sindrom melancolic la o bolnavă de statură şi greutate mică suferind de mai mulţi ani de adenită strumoasă.

J.S., de 27 de ani. Sindrom melancolic. Ihtioză. Insuficienţă tiroidiană. Primită în serviciu în ziua de 7.IX.1912. Acum 6 ani, bolnava a avut adenite strumoase cervicale. Statură : 1,50 m ; greutate : 35 kg. Dinţii neregulaţi, cîţiva lipsesc. Gingiile tumefiate formează un burelet spre rădăcina dinţilor. Faţa palidă, pleoapele încreţite, mucoasele la fel palide. Sînii mici. Membrele subţiri. Ihtioză de intensitate mijlocie pe membrele superioare, torace şi abdomen. Sistemul pilos al regiunilor pubiene şi axilare foarte redus. Extremităţile reci, cianozate, pulsul mic, filiform, 120 de bătăi pe minut. Laterodeviere stîngă a uterului. Eozinofilie în sînge. Lipsa de transpiraţie în urma injecţiei de 1 cm^3 pilocarpină (soluţie 1 %).

Bolnava stă încovoiată, cu capul plecat pe piept, cu ochii în pămînt, umezi, marginea pleoapelor congestionată în contrast cu paliditatea feţei. Braţele atîrnă de-a lungul trunchiului şi bolnava le încrucişează pe abdomen. Plînge cu uşurinţă. Orientarea în spaţiu destul de bună ; aceea în timp, defectuoasă. Atenţia destul de bună. Prezintă tulburări ale memoriei. Calculul mintal bun pentru cifrele mici. Inteligenţa păstrată. Din punct de vedere afectiv, bolnava este mereu tristă. Este o melancolie simplă, fără idei delirante. Bolnava a luat cîtva timp tiroidină. Ihtioza se ameliorase mult. Moare la 11. I. 1913 de tuberculoză pulmonară. Necropsia este făcută la cîteva ore după moarte.

Tiroida : 20 g, este constituită mai cu seamă din vezicule ectaziate. Dar se observă şi un număr de vezicule mici şi mijlocii. În multe din aceste vezicule se găsesc blocuri hematoxilinofile în masa coloidului eozinofil. Mai rar, tot conţinutul veziculei este pur hematoxilinofil. Cea mai mare parte din celule sînt turtite şi chiar endotelioide. Cea mai mare parte din nuclei sînt puţin voluminoşi. Granulaţiile lipoidice în cantitate moderată. Celulele descuamate sînt puţin abundente. Se observă o scleroză moderată, care disociază glanda. Nu găsim ectazie capilară.

Observaţia aceasta este interesantă din mai multe puncte de vedere. Din punct de vedere somatic, se poate discuta asupra raporturilor glandei tiroide cu ihtioza. Bolnava, cu statura ei mică şi cu faţa palidă, cu

lipsa de transpirație și eozinofilie sanguină, dădea impresia unei insuficiențe tiroidiene.

Se știe că mai mulți autori au insistat asupra raporturilor glandei tiroide cu ihtioza și unul din noi s-a ocupat în alt loc de aceeași problemă (1).

În acest caz simptomele clinice, alterațiile tiroidiene și acțiunea tratamentului tiroidian par să confirme aceste raporturi. Totuși, este foarte posibil că ihtioza nu se reduce numai la insuficiența tiroidiană, deoarece într-un caz, în care acest fenomen era mai accentuat, tratamentul tiroidian, continuat timp de un an, a produs o ameliorare vădită, dar nu vindecarea completă, iar pe de altă parte, deși ihtioza se poate întîlni în insuficiența tiroidiană, aceasta nu constituie o regulă. Poate fi vorba de un sindrom pluriglandular, deoarece la un pisoi castrat și etiroidat, căruia îi făceam în același timp injecții de adrenalină, am văzut producîndu-se tulburări cutanate, asemenea ihtiozei umane.

Dar cazul precedent ne pare mai interesant din punctul de vedere al relațiilor ce pot exista între melancolie, și, în mod general, între psihozele afective și tulburările funcționale tiroidiene.

Acest caz, în care ne putem gîndi mai curînd la o stare de insuficiență tiroidiană nu este singurul. Același lucru se petrecea, credem, cu un alt bolnav melancolic, care de asemenea prezenta o stare ihtiozică, și ale cărui tulburări psihice s-au atenuat considerabil în urma unor injecții intravenoase și subcutanate, cu ser de maniaci. Am descris într-alt loc observația acestui bolnav (2).

Se știe că Vigourex a semnalat în cazuri de melancolie, creșterea rezistenței electrice, fenomen care, aparținînd și mixedemului, deșteaptă de asemenea ideea unei însuficiențe tiroidiene. În aceeași ordine de idei, mai trebuie amintit că în cazurile observate de acest autor, și în cele ale lui Monéry (3), s-a găsit conținutul în iod al tiroidei redus în stările depresive.

Dar, dacă insuficiența tiroidiană poate să favorizeze evoluția unor stări melancolice, de care trebuie de asemenea apropiate unele cazuri de neurastenie sau psihastenie semnalate de Lévi și Rotschild (4), (5), (6) ni se pare că în majoritatea psihozelor afective trebuie să ne gîndim mai curînd la o exagerare sau la o pervertire a funcțiunii tiroidiene.

Este părerea pe care unul din noi o susține de mai mulți ani (7), (8), (9), pe care Delmas (10), Garbini (11) o împărtășesc și ei și de care nici Stranski (12) nu este prea depărtat.

Marea frecvență a psihozelor afective în sindromul lui Basedow a atras atenția asupra relațiilor acestor psihoze cu tulburările hipertiroidiene sau hipotiroidiene.

Amintim mai întîi că din 86 de cazuri de psihoze în sindromul lui Basedow unul din noi a găsit 23 de cazuri de manie, 16 cazuri de melancolie și 18 cazuri de fenomene maniacale sau melancolice combinate. Deci, 47 de cazuri de psihoze afective. La acest număr, trebuie să adăugăm 10 cazuri de psihastenie sau, mai precis, de stări fobice și obsesive ca aparținînd și ele — după părerea celor mai mulți autori — patologiei afectivității, (delirul emotiv al lui Morel). Înrudirea lor cu melancolia

este recunoscută chiar, de autori care, ca Ziehen (13), clasează aceste fenomene în categoria tulburărilor intelectuale.

În realitate, ele reprezintă o tulburare afectivă, condiționată mai cu seamă de o stare de anxietate, tulburare care se poate observa — în cazul pe care unul din noi l-a publicat împreună cu Goldstein (14) — în mod aproape experimental, în urma tratamentului tiroidian.

Dacă ținem seama de aceste considerații, numărul psihozelor afective, prezentate de basedowieni, se urcă la 57 din cele 86 de cazuri. La acestea din urmă trebuie să se mai alăture, fără să fie confundate, 6 cazuri de isterie, aceasta evoluînd cu ușurință pe terenul de labilitate emotivă creat de hipertiroidizare, după cum a admis unul din noi împreună cu Marbé și mai recent, Lévi și Rotschild (15).

Pentru mai multe amănunte privitoare la cazurile la care facem aluzie și asupra bibliografiei lor, trebuie indicată consultarea lucrării unuia din noi — despre glandele endocrine în raporturile lor cu patologia mintală (9).

Relațiile glandei tiroide cu psihozele afective sînt demonstrate și prin tulburările nutriției observate în aceste psihoze, căci influența glandei tiroide asupra fenomenelor nutritive este considerabilă.

De asemenea, trebuie citată relația arteriosclerozei cu aceleași psihoze, deoarece după Lortat-Jacob și Saboureau, ablația glandei tiroide împiedică sau întîrzie apariția arteriosclerozei experimentale, provocată de injecțiile de adrenalină și favorizate de castrație. Există însă un adevărat antagonism din mai multe puncte de vedere între glandele genitale și tiroidă.

Un argument în plus este frecvența melancoliei la menopauză, care constituie terenul de predilecție pentru apariția acestei psihoze. Tulburările de menopauză reprezintă, însă, în multe cazuri, o adevărată stare basedowiană incompletă sau o stare basedowoidă, dacă preferăm termenul lui Stern (16). Frecvența cea mai mare a psihozelor afective la sexul femenin (ca și aceea a bolilor glandei tiroide : mixedemul și sindromul lui Basedow) sprijină de asemenea părerea de mai sus. La 100 de cazuri de melancolie, 80 sînt femei. Acest procent este foarte apropiat de acela găsit în sindromul lui Basedow (88%, Sainton (17)).

În sfîrșit, un argument în plus care vine să întărească și mai mult teoria endocrină, și mai cu seamă tiroidiană, a psihozelor afective, este faptul că în aceasta din urmă se găsește greutatea medie cea mai ridicată a glandei (depășind limita normală superioară).

Din 11 cazuri de „liepemanie", Amaldi (18) găsește la microscop tiroida de patru ori alterată. În toate aceste cazuri, funcția era considerată ca insuficientă, și în unele din cazuri chiar abolită. Este regretabil că autorul nu dă greutatea glandei și că descripțiile lui sînt prea sumare. Dar oricum, se poate afirma că alterațiile erau încă și mai frecvente. Astfel, în unul din cazuri, în care funcția glandei era considerată ca fiind normală, s-au notat, în mai multe locuri grămezi de celule mici ce formau noduli mai mult sau mai puțin bine delimitați care nu alterau totuși aspectul normal al glandei. În alt caz, s-a remarcat o abundentă pătrundere de coloid în sistemul limfatic al glandei.

În 11 cazuri de manie, același autor găsește glanda tiroidă alterată de patru ori. În nici unul din aceste cazuri glanda nu putea fi considerată în stare de insuficiență aproape totală. În alt caz, în care glanda era considerată ca funcționînd normal, același autor a notat totuși semne de debut ale unui proces strumos. În sfîrșit, într-un alt caz din cele 247 socotite ca normale, țesutul conjunctiv pare mai abundent decît în stare normală. Se mai observă încă limfatice pline de coloid, ceea ce permite să se presupună o bogată producere și absorbție de coloid.

Într-unul din cazurile privite ca fiind în stare de insuficiență, era vorba de o gușă telangiectazică de volum mijlociu, cu degenerescență hialină a trabeculelor conjunctive.

În două cazuri de psihoză maniaco-depresivă, Perrin de la Touche și Dide (19) au găsit greutatea tiroidei de 23 și 40 g. Cazul din urmă nu prezenta alterații microscopice. În celălalt caz s-au notat procese de scleroză și volum mărit al veziculelor.

În 7 cazuri de melancolie, acești autori au găsit greutatea glandei de 30, 25, 26, 50, 45, 30 și 18 g. În primele cinci cazuri s-au găsit procese de scleroză. În al șaselea și al șaptelea caz nu s-au observat alterații microscopice.

În al șaselea caz, s-au notat alterații foliculare, cu cantitate exagerată de substanță coloidă.

În două cazuri de manie cronică, Ramadier și Marchand (20) găsesc greutatea de 60 și 45 g pentru glanda tiroidă.

În primul din aceste cazuri, lobul stîng al glandei prezenta un chist de volumul unei nuci, a cărui capsulă era calcificată. La microscop, peretele chistului era format din țesut glandular comprimat, vezicule atrofiate și celule dispuse fără ordine. *Chistul* apare format din vezicule dilatate și pline cu materie coloidă. Restul organului nu părea să prezinte modificări histologice. În cazul al doilea se găsește o ușoară scleroză. Coloidul era abundent în unele vezicule și lipsea complet în altele.

În două cazuri de melancolie (primul părea mai curînd o psihoză maniaco-depresivă) aceiași autori au găsit greutatea de 36 și 19 g. În primul caz, exista o ușoară scleroză în unele regiuni. În aceste regiuni, veziculele erau atrofiate și celulele epiteliale dispuse fără ordine. În altele, dimpotrivă, structura glandei nu era modificată.

În al doilea caz s-a observat o scleroză difuză cu numeroase vezicule atrofiate și celule așezate fără ordine. În celelalte vezicule, materia coloidă era dispusă în mod neregulat.

Într-un caz de psihoză periodică găsit în registrele ospiciului „Mărcuța", s-a notat pentru glanda tiroidă greutatea de 40 g.

În două cazuri de melancolie descrise de unul din noi, se găsește greutatea de 45 și 12 g. Dar acest ultim caz s-a terminat printr-o slăbire rapidă a capacității mintale. El pare deci să nu aparțină psihozelor afective, n înțelesul precis al cuvîntului.

În primul caz, glanda era formată din foliculi, în cea mai mare parte mici și rotunzi, conținînd coloid cu reacții tinctoriale normale. Cîteva vezicule dilatate. În cîțiva foliculi, celule descuamate. Nu există scleroză, nici congestie.

În cazul al doilea, foliculii erau în mare parte ectaziaţi, cu epiteliul turtit şi coloid cu reacţii colorante normale. Celulele descuamate erau abundente. Se observau în celule granulaţii refringente. Aceste granulaţii sînt mai abundente în celulele descuamate. Nu se găsea scleroză.

Greutatea medie a glandei tiroide în 14 cazuri de melancolie, inclusiv sindroamele melancolice — ca acele din cazul nostru şi acel a cărui observaţie a fost comunicată de unul din noi în alt loc (8) — a fost găsită de 27,65 g. În mania cronică, greutatea medie este de 52,50 g (două cazuri); în psihoza maniaco-depresivă (două cazuri) de 31,50 g. Greutatea medie a 18 cazuri de psihoze afective este de 30,83 g cifră care depăşeşte puţin limita superioară normală. Dacă studiem comparativ cazurile de manie, melancolie, psihoză maniaco-depresivă, după cum greutatea lor este sub limită, deasupra ei sau în limita normală, găsim că, în două cazuri de manie cronică, greutatea a fost deasupra acestor limite; din trei cazuri de psihoză maniaco-depresivă, două au greutatea medie a glandei tiroide deasupra şi unul în limita normală. În sfîrşit, din 13 cazuri de melancolie, glanda a fost sub limita normală în trei cazuri, deasupra în patru cazuri iar în limita normală a fost în şase cazuri.

Dacă facem repartiţia pe totalitatea cazurilor de psihoze afective, găsim greutatea glandei tiroide sub limita normală în trei cazuri, în limita normală în şapte cazuri şi deasupra acestei limite în opt cazuri.

Această simplă constatare ar fi de ajuns pentru a arăta strînsa legătură a psihozelor afective cu glanda tiroidă, această „glandă a emoţiei" după expresia lui Léopold Lévi şi H. de Rotschild (21).

Notăm, în sfîrşit, că Gabriel Gautier (22) a relatat un caz de melancolie vindecată prin tratamentul tiroidian, şi că Macphail, Lewis Bruce, Clarke, Currie, Brusck, Babuck (citaţi după (18), au raportat cazuri de vindecări sau de ameliorări simţitoare, prin acelaşi tratament la maniaci sau melancolici precum şi în alte psihoze (ca puerperale, ale alăptatului şi ale menopauzei), mai ales la indivizi tineri sau într-o perioadă puţin înaintată a bolii lor.

GLANDA TIROIDĂ ÎN DELIRURILE CRONICE

Amaldi a examinat tiroida în cinci cazuri de delir cronic, găsindu-l alterat de trei ori. Cei cinci bolnavi ai săi au murit în urma tuberculozei pulmonare. În unul din aceste cazuri, glanda prezenta un proces iniţial de atrofie difuză cu creşterea ţesutului conjunctiv. În al doilea caz, s-a constatat că, în ţesutul grav şi difuz atrofiat, există regiuni cu foliculi fără conţinut şi complet inactivi. În al treilea caz, glanda era considerată ca insuficientă.

Perrin de la Touche şi Dide au studiat glanda tiroidă în două cazuri de „delir sistematizat fantastic". În primul caz, glanda cîntărea 22 g şi conţinea o cantitate exagerată de coloid, dar nu se găseau alte alteraţii. În celălalt caz, tiroida (16 g) nu prezenta alteraţii microscopice.

Într-un caz de delir sistematizat cu megalomanie, Ramadier şi Marchand au găsit tiroida cu o greutate crescută (70 g); lobul ei

stîng conţinea numeroşi chişti mici coloizi. La microscop s-a notat o scleroză difuză. Numeroase regiuni ale glandei sînt atrofiate şi celulele epiteliale aşezate fără ordine. Celelalte vezicule erau sărace în substanţă coloidă.

Într-un caz de delir de tipul persecutatului persecutor, glanda nu cîntărea decît 12 g şi prezenta o uşoară scleroză perilobulară. Coloidul lipsea în numeroase vezicule, iar în celelalte era dispus în mod foarte neregulat.

Dăm mai jos descrierea glandei tiroide într-un caz de delir cronic. Greutatea glandei era de numai 15 g. Media a cinci cazuri în care cunoaştem greutatea este de 27 g. În aceste cinci cazuri, glanda este sub 20 g de trei ori, între 20 şi 30 g o dată şi peste 30 g o dată.

De altfel nu trebuie să uităm că delirurile cronice nu ţin toate de aceeaşi boală, nici chiar de acelaşi sindrom, iar starea tiroidei este poate variabilă după categoria căreia aparţinea cazul.

De curînd, unul din noi crede că a reuşit să izoleze printre delirurile cronice la femei, cazurile în care ideile de persecuţie evoluează pe un teren de tulburări endocrine (insuficienţă ovariană şi probabil hipertiroidizare), care creează o stare de mare irascibilitate. În sîngele acestor bolnavi el găseşte mononucleoză, fenomen întîlnit şi în sindromul lui Basedow. Unul din noi a găsit mononucleoză şi la alţi alienaţi foarte irascibili.

Dăm acum observaţia cazului nostru:

P. Delir cronic sistematizat. Este vorba de un fost magistrat suferind de acest sindrom. Nu avem observaţia sa clinică.

Tiroida: 15 g, este constituită din vezicule de toate dimensiunile, dar mai cu seamă din mici şi mijlocii, cele mari fiind mai puţin frecvente. Coloidul prezintă reacţii tinctoriale normale. Numai în puţine vezicule coloidul a prins hematoxilina şi chiar în acestea din urmă coloraţia nu este net hematoxilinofilă. Puţine blocuri hematoxilinofile, palide, în masa coloidului eozinofil. Numeroase vezicule cu celule descuamate. În majoritatea veziculelor, celulele au forma cubică. Nucleii rotunzi regulaţi, cu granulaţii de aparenţă normală. În cîteva celule se observă granulaţii de pigment castaniu. Granulaţiile lipoidice sînt foarte abundente în celulele din peretele vezicular precum şi în celulele descuamate. O intensă scleroză izolează veziculele unele de altele. Nu se observă vase ectaziate nici canale conţinînd coloid.

Apropiem de cazul precedent un altul — de psihoză hipocondrică, cu idei de persecuţie, care nu ajung să constituie un adevărat delir. Cazul mai sus este important şi din alt punct de vedere. Caria dentară şi rarefacţia osoasă, analoge cu rarefacţia osteomalacică, sînt de pus în paralelă cu alteraţiile tiroidiene.

Unul din noi a insistat, în alt loc, asupra importanţei leziunilor glandei tiroide în osteomalacie (23), (24); Hoenicke (25), Haberkant (26), Scheer (27) au găsit şi alte alteraţii tiroidiene în osteomalacia întovărăşită de tulburări psihice. În unul din cazurile noastre de demenţă senilă, se găseau de asemenea fenomene osteomalacice.

M.H. Psihoză hipocondrică. Idei de persecuţie. Carie dentară considerabilă. Rărire osoasă importantă.

Tiroida 14 g, este constituită mai cu seamă din vezicule ectaziate, pline de coloid eozinofil, în care înoată un număr mare de celule descuamate. Veziculele mici sînt mai rare. Un mic număr din ele are conţinut hematoxilinofil. Celulele au, în cea mai mare parte, forma cubică, unele conţin pigment de culoare castanie. Se observă o scleroză difuză, puţin accentuată. Se găsesc şi vase cu peretele îngroşat. Nu se găsesc capilare ectaziate nici canale cu conţinut coloid. Coloraţia cu scharlach arată în celule numeroase granulaţii de lipocrom de culoare castaniu-roşu.

GLANDA TIROIDĂ ÎN DEMENȚA PRECOCE

Amaldi a studiat glanda tiroidă în patru cazuri de demență la tineri sau adulți, găsind-o de două ori în stare de insuficiență funcțională. Nu știm dacă printre ele a întîlnit și cazuri de demență precoce. El nu dă greutatea organului, iar descrierea este foarte sumară.

Perrin de la Touche și Dide au studiat glanda în cinci cazuri de demență precoce paranoidă și în opt cazuri de formă catatonică. Greutatea organului a fost de 25, 24 10, 20 și 38 g în primele și de 18 (de două ori), 12, 15, 17, 20, 25, și 30 g în celelalte.

La paranoizi, autorii citați găsesc, în patru din cinci cazuri, procese de scleroză ale organului și, în două din cinci cazuri, dilatarea veziculelor cu coloid în cantitate exagerată. În unul din aceste două cazuri nu se găsea scleroză. Într-un caz se nota o infiltrație cu mici celule în țesutul interstițial. În cazurile de demență precoce catatonică s-au notat regulat — cu excepția unui singur caz — alterații de scleroză. De asemenea în unul din aceste cazuri, veziculele erau alterate. Într-un singur caz glanda părea normală. Muratow (28) a semnalat și el alterații tiroidiene în catatonie. Benigni și Zilochi (29), examinînd glanda în două cazuri de demență precoce, au găsit în unul din cazuri o scleroză foarte înaintată. Dimpotrivă, Laignel-Lavastine (30) găsește tiroida normală din punct de vedere microscopic.

Ramadier și Marchand, în cinci cazuri de demență precoce au găsit greutatea de 5, 37, 67, 18 și 20 g. Primul caz, cel cu greutatea de 5 g, era al unei fete de 17 ani. Glanda era ușor sclerozată. În al doilea caz, aspectul era normal din punct de vedere miscroscopic. În al treilea caz, s-a observat o scleroză peri- și intralobulară precum și numeroase vezicule fără coloid. În cazul al patrulea, s-a notat lipsa substanței în cîteva vezicule precum și o foarte ușoară proliferare a țesutului conjunctiv. În cazul al cincilea s-au găsit alterații de scleroză cu atrofia veziculelor și dispoziția neregulată a coloidului. În sfîrșit, într-un al șaselea caz, s-a descris dispoziția neregulată a celulelor și scleroza cu atrofia a numeroase vezicule. Dar în alte vezicule coloidul era destul de bogat.

Unul din noi a studiat greutatea tiroidei în șapte cazuri de demență precoce și a găsit cifrele următoare : 46, 40 (două cazuri), 25, 14, 12 și 10 g. A mai relatat examenul miscroscopic în șapte cazuri de demență precoce, dintre care unul, în colaborare cu A. Marie. Nici unul dintre aceste cazuri nu prezenta scleroză. În două cazuri s-au observat ectazii vasculare, ajungînd — la unul dintre ele — pînă la hemoragie. În trei cazuri, veziculele erau dilatate și în unul din aceste trei, veziculele plesniseră iar coloidul se răvărsase în afară. În două cazuri s-a observat coloid și în canalele limfatice.

Zalla (31) a studiat și el glanda tiroidă în zece cazuri de demență precoce. Greutatea organului era de 18, 17 g (două cazuri) 14,50 și 14 g în formele paranoide și de 109, 40, 11,50, 11 și 8,50 g în cazurile aparținînd altor forme. La microscop, glanda părea normală în șase cazuri puțin alterată într-un caz și mai mult sau mai puțin grav alterată numai în

trei cazuri. În unul dintre acestea din urmă, structura era de nerecunoscut; substanța coloidă lipsea aproape complet, nu se afla decît în cantitate minimă în rare și mici alveole. Epiteliul glandular era, în general, așezat în cordoane solide și intricate între ele. Aceste cordoane erau subîmpărțite în lobi, prin pereți subțiri de țesut conjunctiv. Era vorba de o femeie de 28 de ani, care murise într-un ictus și prezentase o simptomatologie multiformă clasabilă în demența precoce, dar nereductibilă la o formă bine definită.

Dintr-un număr total de 27 de cazuri de demență precoce (personale sau din literatură), unul din noi a găsit greutatea medie a glandei tiroide de 23,90 g.

Expunem acum greutatea glandei tiroide în opt cazuri noi de demență precoce, prezentînd și examenul histologic în șapte din aceste cazuri.

Cifrele, corespunzînd greutății acestor cazuri, sînt 6, 10, 12, 18, 20 (două cazuri), 22 și 52 g.

Dacă facem acum media totală (a 43 de cazuri), aflăm cifra de 22,89 g, care este cuprinsă în limitele normale. Aceste 43 de cazuri se repartizează în modul următor, în raport cu greutatea glandei: în 22 de cazuri, glanda era sub 20 g (limita normală inferioară); în 11 cazuri, între 20 și 30 g (cifre normale) și în 10 cazuri era peste 30 g.

Reproducem acum descrierea cazurilor în care am examinat glanda tiroidă din punct de vedere al structurii microscopice.

Observația nr. 1. *T.G.*, de 25 de ani. Demență precoce. Intrat la ospiciu în ziua de 10. X. 1908. Mort în ziua de 13. I. 1913. Craniul prea mare în raport cu fața. Distrofii dentare. Hipersalivație.

În 1906 a vrut să-și ucidă fratele cu un cuțit. La ospiciu se constată că nu răspunde la nici o întrebare, cu toate insistențele. Stă cu gura deschisă și lasă să-i curgă saliva. Execută ordinele ce i se dau; atenția foarte slăbită; afectivitatea aproape absentă.

Tiroida: 6 g. La microscop se vede că este constituită din vezicule mici și mijlocii, veziculele mari fiind destul de rare. Coloidul prezintă reacții tinctoriale normale. Nu se găsesc vezicule cu conținut hematoxilinofil și nici blocuri hematoxilinofile în masa coloidului trandafiriu. În unele vezicule, coloidul prezintă o aparență de rețea spongioasă și dă impresia unei substanțe mai puțin consistentă decît în stare normală. Aceste vezicule predomină în unele regiuni. Celulele sînt cubice și conțin granulații lipoidice în cantitate moderată. Se observă o scleroză evidentă, dar nu prea înaintată. Se constată de asemenea numeroase ectazii vasculare.

Observația nr. 2. *Ec. R.N.*, de 48 de ani. Primită în serviciu în ziua de 8.XII. 1909. Moare în ziua de 24. II. 1911. Demență precoce. Craniu cam mic în raport cu statura. Seboree a pielii capului. Părul a căzut mult. Inegalitatea pupilară cu reflexul păstrat. Reflexele rotuliene și achiliene exagerate. Păstrează aceeași atitudine, cu capul aplecat, privirea nemișcată; nu răspunde cînd i se vorbește și nu execută mișcările ce i se cer să facă. Negativism activ.

Tiroida: 20 g. Este formată din vezicule de dimensiuni variabile, de la cele mai mici pînă la cele mai dilatate. Cea mai mare parte din cîmpul microscopic este ocupat de foliculi mari sau mijlocii. Coloidul prezintă reacții tinctoriale normale.

Nu se observă decît puține celule descuamate. În general, celulele sînt turtite, chiar endotelioide, nucleii puțin voluminoși și intens colorați. Granulațiile lipoidice sînt foarte abundente. Țesutul conjunctiv nu este hipertrofiat. În cîteva locuri se observă canale puțin voluminoase, conținînd coloid.

Observația nr. 3. *N.G.* Bărbat de 30 de ani. Demență precoce catatonică. Primit în serviciu la 14. VI. 1911. Decedat la 3. I. 1913, de tuberculoză pulmonară. Onanism în antecedente. Din 1907, dispariții, ținută stereotipică, impulsii, stare de confuzie. În serviciu se notează un craniu dolicocefal, o slabă dezvoltare a sistemului pilos facial, limba scrotală, exagerarea reflexelor rotulian și achilian. Din punct de vedere psihic: slăbirea atenției și a memoriei; scăderea considerabilă a afectivității; calcul mintal bun; slabă orientare în timp; păstrează atitudinile imprimate; lasă să i se înțepe limba; uneori, agitat și impulsiv.

Tiroida : 18 g. Predomină foliculii mici şi mijlocii. Dar se găsesc şi foliculi mari şi chiar cîteva vezicule ectaziate. Cea mai mare parte au o formă poligonală, cîteva sînt rotunjite. Coloidul trandafiriu-liliachiu (eozină-hematoxilină). Un mic număr de vezicule au un conţinut net hematoxilinofil. Multe celule descuamate. Acestea din urmă invadează complet substanţa coloidală în unele vezicule. De asemenea, se observă în coloidul eozinofil multe blocuri hematoxilinofile de formă neregulată, omogenă sau lăsînd să apară, prin mişcările vizei micrometrice, contururi celulare. Celulele sînt mai cu seamă de tip endotelioid. Granulaţii lipoidice foarte abundente în celulele peretelui vezicular. În celulele descuamate, această abundenţă este atît de mare încît nu se mai disting nucleii. Se observă o scleroză moderată, care disociază organul şi izolează foliculii unii de alţii. Numeroase capilare dilatate şi pline cu sînge înconjură foliculii. Nu se observă spaţii limfatice pline cu coloid.

O b s e r v a ţ i a nr. 4. *S.X.*, Bărbat de 30 de ani. Primit la 14. VI. 1907, Moare la 20. I. 1911. Statură mică. Slab, 49,500 kg. Capul mic, asimetric. Inegalitate pupilară. Urechi asimetrice şi inegale. Lobii aderenţi. Hipoalgezie. Abolirea reflexului rotulian. Exagerarea reflexelor plantare, cremasterian şi abdominal. Vorbeşte cu glas scăzut. Merge încet. Degetele îi tremură uşor. Stare de stupoare. Indiferenţă. Păstrează atitudinile imprimate. Atenţia foarte slăbită. Ca să mănînce, trebuie silit. Solilocvie. Halucinaţii. Uneori, insomnii. În ziua de 2?. XII. 1909 bolnavul a vorbit. Se constată că este bine orientat în timp şi spaţiu. Calcul mintal slab. Mărturiseşte că a făcut excese alcoolice.

Tiroida : 20 g, constituită din vezicule mijlocii şi mari, pline de coloid cu reacţii tinctoriale normale. Aceeaşi reacţie pentru coloidul veziculelor mici, care se găsesc la interstiţiile celor mijlocii şi mari. Celulele descuamate sînt foarte rare. În cea mai mare parte din foliculi, celulele sînt turtite sau chiar endotelioide. Dar se găsesc şi vezicule cu celule cubice ai căror nuclei sînt rotunjiţi. Nucleii sînt bogaţi în granulaţii. Celulele conţin granulaţii lipoidice destul de abundente. Ţesutul conjunctiv nu este proliferat. În numeroase locuri se observă capilare pline de sînge.

O b s e r v a ţ i a nr. 5. *E.M.* Femeie de 46 de ani. Demenţă precoce. Primită în serviciu în ziua de 22. XII. 1906. Moare în ziua de 4. I. 1913, cu tricocefalioză. O soră a bolnavei este alienată. Boala a început în 1904, în urma unui traumatism psihic. Exoftalmie. Prognatism inferior. Buza superioară acoperită de peri. Peri lungi, rari, pe bărbie. Amenoree, de şapte ani. Uşoară hipertrofie tiroidiană. Dermografism foarte pronunţat. Exagerarea reflexelor. Mutism absolut, alternînd cu perioade de agitaţie şi de logoree intensă. Incoherenţă. Calcul mintal bun. Destul de bine orientată.

Tiroida : 32 g. Cea mai mare parte din vezicule sînt mici. Un număr mai redus sînt mijlocii şi cîteva vezicule ectaziate. Coloidul prezintă reacţii tinctoriale normale şi nu se observă decît puţine blocuri hematoxilinofile în masa coloidă eozinofilă şi aceasta, mai ales, în veziculele ectaziate. Celulele descuamate sînt excepţionale. Celulele sînt în general de tip endotelioid. Granulaţiile lipoidice (coloraţie prin roşul scharlach) sînt destul de abundente. În unele vezicule, astfel de granulaţii se găsesc împrăştiate în coloid. În mai multe vezicule, se întîlnesc cristale lamelare refringente foarte regulate, de dimensiuni variabile. Uşoară scleroză. Nu se observă o îngroşare a vaselor, nici ectazie capilară.

O b s e r v a ţ i a nr. 6. *A.N.*, de 65 de ani. Primită în luna mai 1893. Moare la 4. I. 1910.

Tiroida : 22 g. Benzi groase de ţesut conjunctiv dens împart glanda în pseudolobuli, cu forme diferite, unii compuşi din şapte sau opt vezicule, iar alţii dintr-un număr mai mare. Scleroza nu cuprinde de obicei interiorul acestor pseudolobuli. Totuşi, pe alocuri îi disociază şi pe ei, iar ţesutul conjunctiv înconjură fiecare veziculă din toate părţile. Glanda este constituită din vezicule mici. Se găsesc chiar şi unele foarte mici. Cele dilatate se întîlnesc foarte rar. Cea mai mare parte din vezicule au o formă regulată, rotundă ; dar sînt şi unele cu o formă poligonală, neregulată. Coloidul trandafiriu-liliachiu (eozină-hematoxilină). Există şi foliculi cu un conţinut net hematoxilinofil. Se găsesc blocuri hematoxilinofile, cu o formă rotundă sau cubică, cu colţurile rotunjite, cu tendinţă spre o formă regulată cristaloidă.

În unii foliculi, coloidul hematoxilinofil ocupă cea mai mare parte din cavitatea lor. Numai spre periferie coloidul este înconjurat de un cerc trandafiriu-liliachiu. În sfîrşit, în altele după cum am spus, conţinutul este în totalitate hematoxilinofil.

Celulele descuamate sînt destul de abundente. În celule se găsesc granulaţii lipoidice în număr mare. Se observă şi granulaţii sau picături lipoidice în coloidul veziculelor.

În general celulele sînt endotelioide, dar se întîlnesc şi cu forma cubică. Nucleii net distincţi ; nu se găsesc forme degenerative ale nucleilor. Îngroşarea vaselor. Ectazii capilare. În peretele unor vase se observă focare de degenerescenţă sau de infiltraţie grăsoasă.

Observația nr. 7. *F. A.* Femeie de 50 de ani. Demență precoce. Primită în ospiciu la 20. V. 1900. Moare de tuberculoză pulmonară, la 22. II. 1912. Asimetrie facială. Carie dentară. Zone de anestezie și de hiperestezie. Se pot străpunge cu un ac zonele analgezice, fără ca bolnava să simtă durere. Negativism. Impulsivitate. Refuză alimentele.

Tiroida : 12 g. Pe secțiuni microscopice, foliculii mici și mijlocii formează majoritatea. Se observă și cîteva vezicule ectaziate și foarte numeroase vezicule atrofice. Forma lor este neregulată, ele se arată alungite, turtite și ca îngrămădite unele în altele. Deformația veziculelor este pricinuită de o scleroză foarte accentuată care disociază organul în pseudolobuli și izolează, în aceștia din urmă, vezicule care par sugrumate. În mijlocul acestor pseudolobuli constituiți din vezicule atrofice, se observă una sau două vezicule ectaziate pentru fiecare pseudolobul.

Coloidul (pe secțiunile colorate cu hematoxilină-eozină) s-a colorat trandafiriu, cu nuanțe variabile, după vezicule. În unele din ele se observă o colorație trandafirie netă. În altele, trandafiriu-liliachiu. Numai într-un mic număr se observă coloid hematoxilinofil. În coloidul veziculelor mijlocii (în deosebi), se observă numeroase blocuri hematoxilinofile, care par să reprezinte celule descuamate, pe cale de degenerescență. În unele vezicule mari, coloidul hematoxilinofil este reprezentat prin picături de dimensiuni variabile, unele de aceeași dimensiune ca și celulele, altele mai mari. În aceste formațiuni se pot observa granulații de pigment brun. În cîteva vezicule se observă un mare număr de hematii. Pigmentul castaniu închis se observă și el în unele regiuni, în țesutul conjunctiv.

Celulele veziculelor sînt cubice, dar în foliculii ectaziați au aparența endotelioidă. Nucleii au, în general, aspectul normal; dar se găsesc și nuclei mici, cu conturul neregulat, — ca ros — și colorîndu-se în mod intens și omogen cu hematoxilină. Colorația cu scharlach arată granulații lipoidice numeroase în celulele tiroidiene. Unele vezicule sînt pline de picături de același fel, provenite din transformarea celulelor descuamate. Venele și arterele sînt foarte îngroșate. Se observă numeroase capilare pline de sînge.

Din cercetările de mai sus rezultă că glanda tiroidă prezintă destul de des, în demența precoce, abateri de la starea normală. Mai întîi greutatea ei este de cele mai multe ori în afara cifrelor considerate ca normale, deoarece din 43 de cazuri, greutatea oscila între 20 și 30 g numai în 11 cazuri; în celelalte 32 de cazuri, era de 22 de ori sub 20 g și de 10 ori peste 30 g.

De asemenea, din punct de vedere miscroscopic, se găsesc destul de des alterații, după cum dovedesc descrierile de mai sus.

Care este valoarea acestor constatări?

Se poate considera că alterațiile tiroidiene constituie o predispoziție la demența precoce sau că ele pot fi pricinuite de aceeași cauză care produce și tulburările psihice?

Pentru moment, este greu de dat un răspuns definitiv la aceste întrebări.

Amintim că Berkley și Folis (32) susțin că au obținut în mai multe cazuri de demență precoce rezultate bune prin tiroidectomie parțială și tratamentul cu „Tirolecitină" și că tratamentul tiroidian încercat de Kraepelin ca și de unul din noi precum și de Sérieux și Masselon (citat după (33)) a rămas fără rezultat în cazurile de demență precoce.

P a s c a l (33) a observat o influență favorabilă încercînd tratamentul tiroidian în stările de depresiune și de stupoare a demenței precoce. Prelungirea tratamentului poate să determine crize de excitare.

Tiroidectomia parțială, efectuată de De j a s la cererea unuia din noi, într-un caz de demență catatonică, a produs o ameliorare a bolii din punct de vedere somatic (bolnava s-a îngrășat), dar nu s-a observat o influență vădită din punct de vedere psihic.

În sfîrșit, notăm că F a u s e r (34), (35), (36) a găsit în serul unor bolnavi cu diagnosticul de demență precoce fermenți specifici pentru glanda tiroidă (prin metoda lui Abderhalden).

Semnificația acestei constatări din punct de vedere al patogeniei demenței precoce, rămîne de precizat.

GLANDA TIROIDĂ ÎN CONFUZIA MINTALĂ

P e r r i n de la T o u c h e și D i d e au studiat tiroida în 4 cazuri de confuzie mintală, notînd în trei cazuri procese de scleroză, iar în cazul al patrulea, glanda era microscopic normală. Ei dau și greutatea glandei în aceste cazuri. Cifrele găsite au fost de 12 (2 cazuri), de 15 și de 11 g. La un bolnav cu delir infecțios, tiroida cîntărea 25 g, dar nu părea alterată din punct de vedere histologic. În două cazuri diagnosticate „delir de colaps", aceiași autori notează leziuni de scleroză ale glandei tiroide cu infiltrații de mici celule și alterații ale veziculelor în unul din aceste cazuri.

R a m a d i e r și M a r c h a n d, în două cazuri de confuzie mintală, au găsit greutatea tiroidei 25 și 9 g. În primul caz s-a notat, pe lîngă aceasta, o scleroză difuză, numeroase vezicule atrofice și celule dispuse fără ordine. În cazul al doilea nu s-a găsit decît o ușoară scleroză.

Z a l l a a examinat și el glanda tiroidă în două cazuri de confuzie mintală. În unul din cazuri, organul cîntărea 62 g. Lobul drept era hipertrofiat, cel stîng era sediul unui mic adenom. Veziculele erau pe alocuri mici, fără coloid, celulele erau orînduite sub formă de cordoane celulare compacte. În alte regiuni, veziculele erau dimpotrivă foarte dilatate, cu pereți subțiri și pline de coloid bazofil.

În cazul al doilea era vorba de o femeie în vîrstă (69 de ani), cu numeroase abcese subcutanate, febră, arterioscleroză și scleroză renală. Glanda tiroidă nu cîntărea decît 9 g. Din punct de vedere microscopic s-au notat procese de scleroză cu degenerescență hialină a țesutului conjunctiv. Veziculele erau mici, cu coloid puțin abundent sau fără coloid. Se mai observau și numeroase celule descuamate sau celule dispuse fără ordine.

Într-un caz examinat de unul din noi, glanda tiroidă cîntărea 46 g și era sediul unei scleroze vădite. Un mare număr de vezicule erau dilatate. Unele dintre acestea plesniseră și coloidul se răspîndise în țesutul interstițial. Prof. S u ț u a descris un caz asemănător de psihoză puerperală în care tiroida nu cîntărea decît 6 g, prezentînd alterații numeroase, ectazie foliculară sau, dimpotrivă, foliculi mici, conținînd coloid bazofil. Se întîlneau și mase bazofile în coloidul eozinofil. Se observau granulații

roşii sau cafenii (coloraţie cu hematoxilină-eozină), precum şi numeroase celule descuamate.

Am cercetat greutatea medie a glandei tiroide în 13 cazuri de confuzie mintală. Cifra aflată a fost de 19,82 g, cifră apropiată de limita normală inferioară.

Descriem mai jos două cazuri pe care am avut prilejul să le studiem.

Observaţia nr. 1. *H.* Băiat de 17 ani. Confuzie mintală. A avut un frate alienat. Primit la 27. II. 1912. Moare la 16.IV. 1912. Exagerarea reflexelor rotuliene. Nici un alt semn somatic de reţinut. Agitaţie motrice. Logoree. Dezorientare în timp şi spaţiu. Scăderea atenţiei şi a afectivităţii. Scăderea memoriei. Impulsivitate. Bolnavul ne lasă să-i înţepăm limba fără să protesteze. Nu păstrează atitudinile imprimate.

Tiroida : 18 g, formată mai cu seamă din vezicule mici. Nu se observă vezicule ectaziate. Coloidul eozinofil. Numeroase granulaţii lipoidice în celule. Puţine celule descuamate. Nu se observă blocuri hematoxilinofile. O scleroză puţin pronunţată, dar evidentă, izolează foliculii unii de alţii. Foarte numeroase capilare pline de sînge. Ici şi colo, mici hemoragii. Între interstiţiile foliculilor se observă spaţii mari, cu conţinut coloid, colorat în acelaşi mod ca şi cel al veziculelor.

Observaţia nr. 2. *V.C.* Femeie de 40 de ani. Confuzie mintală. Primită la 31.III.1912. Moare la 17. VI. 1912.

Tiroida : 16 g, conţine numeroşi foliculi mici. Nu se observă vezicule ectaziate decît în mod excepţional. Coloidul cu reacţii tinctoriale normale. În cîţiva foliculi se observă blocuri hematoxilinofile ; dar, în cea mai mare parte, aceste formaţiuni lipsesc. Celulele sînt de tip endotelioid şi cu numeroase granulaţii lipoidice. Ţesutul conjunctiv nu este proliferat ; pe alocuri mici spaţii conţin coloid.

În aceste două cazuri, greutatea corpului tiroid este sub limita normală inferioară.

Într-un alt caz am notat greutatea de 20 g.

Pentru totalul acestor 16 cazuri, găsim media greutăţii de 19,47 g.

Dacă facem calculul respectiv al cazurilor în care greutatea corpului tiroid este normală, superioară sau inferioară faţă de cea normală, găsim la un număr de 12 cazuri : trei cu greutate normală, şapte sub normală şi două deasupra limitei normale superioare.

Din totalitatea acestor fapte se poate trage concluzia că, în confuzie mintală, glanda tiroidă este adesea alterată şi că, de cele mai multe ori, ea pare să nu fie în stare de a răspunde rolului ei normal.

GLANDA TIROIDĂ IN EPILEPSIE

Mai mulţi autori au studiat glanda tiroidă în epilepsie, din punct de vedere anatomo-patologic.

Astfel, Amaldi a studiat-o în opt cazuri şi o consideră în stare de abolire funcţională în unul din aceste cazuri, în stare de hipofuncţiune într-un alt caz, şi normală în şase cazuri. Descrierile acestui autor sînt prea scurte şi nu indică greutatea organului.

Tenchini (37), în trei cazuri de epilepsie, a găsit greutatea, volumul şi greutatea specifică sub normală.

Într-un caz de idioţie cu epilepsie, relatat de Perrin de la Touche şi Dide, tiroida cîntărea 8 g şi prezenta leziuni de scleroză peri- şi intralobulare. Aceiaşi autori au examinat glanda tiroidă într-un caz de

demenţă epileptică; greutatea era de 22 g. S-a notat numai o cantitate exagerată de coloid.

Ramadier şi Marchand au studiat glanda tiroidă în 7 cazuri de epilepsie, dintre care unnl cu imbecilitate şi trei cu demenţă. Greutatea a fost respectiv de 18, 11, 32, 37, 25, 19 şi 12 g. În unul din cazurile de demenţă epileptică (greutate 25 g), s-au notat leziuni inflamatorii ale corpului tiroid. În celelalte două nu s-au observat alteraţii microscopice.

Tiroidele celor trei cazuri de epilepsie fără altă asociaţie morbidă prezintă leziuni scleroase mai mult sau mai puţin intense, cu atrofia unor vezicule în unul din cazuri şi descuamaţia epitelială în unele vezicule şi acumulare de coloid într-un alt caz.

De asemenea, la epilepticul imbecil s-a notat un oarecare grad de scleroză şi un mare număr de vezicule foarte mici şi fără coloid.

Claude şi Schmiergeld (38) au studiat glanda tiroidă în 17 cazuri de epilepsie. Greutatea a fost notată în mai multe cazuri, găsindu-se cifrele următoare: 29, 25, 20, 18, 8, 17,50 (în două cazuri), 16,50 şi 11 g. Din punct de vedere microscopic, glanda nu a fost găsită normală decît în două cazuri; în celelalte, ea prezenta o scleroză, mai mult sau mai puţin pronunţată, precum şi alteraţii veziculare variabile de ordin atrofic sau proliferativ, dilataţii chistice sau reducerea de volum a veziculelor etc. Uneori se notează prezenţa coloidului bazofil sau leziuni de ordin inflamator. Aceşti autori consideră glanda ca fiind în stare de hipofuncţiune, în marea majoritate a cazurilor de epilepsie. Ei mai observă pe lîngă aceasta că 10 din cele 17 cazuri ale lor priveau epileptici cu inteligenţa „absolut normală"; în celelalte cazuri era vorba de epilepsie simptomatică cu alteraţii meningoencefalice sau cazuri de epilepsie cu demenţă veche. În general, alteraţiile erau mai pronunţate la bolnavii din grupul întîi.

Zalla (39) a studiat la rîndul său tiroida în opt cazuri de epilepsie. Greutatea organului a fost găsită totdeauna sub normală (19; 18,50; 16,50; 13; 12,50; 11 (două cazuri); 9 g).

Structura glandei era alterată în toate cazurile. Mai adesea, s-a notat o scleroză foarte accentuată, cu împuţinarea substanţei coloide. Veziculele erau mici şi sărace sau lipsite de această substanţă. Deseori ele apar ca sugrumate de benzi de ţesut conjunctiv.

Autorul consideră aceste cazuri în stare de hipofuncţie. Dimpotrivă, într-un caz, alveolele erau foarte dilatate şi pline de coloid. Se observau şi semne de multiplicare celulară. Acest caz se referă la un alcoolic epileptic, la care accesele surveneau mai totdeauna sub influenţa intoxicării alcoolice. În acest caz, autorul consideră glanda în plină activitate funcţională. În cîteva cazuri, tiroida prezintă, după regiuni, aspectul glandei normale sau al celor considerate ca fiind în stare de hipofuncţiune.

Acelaşi autor a studiat tiroida în trei cazuri de idioţie cu epilepsie. Greutatea, în cele două cazuri în care a fost notată, era de 19,57 g. În ambele cazuri se notează descuamarea celulelor şi scleroză.

Garbini a relatat examenul miscroscopic al tiroidei în două cazuri de idioţie cu epilepsie (vîrsta bolnavilor era de 10 şi de 25 de ani). S-a notat

scleroză accentuată în ambele cazuri, iar în unul dintre ele, volumul mic al veziculelor şi scăderea coloidului. În patru cazuri de epilepsie fără idioţie, acelaşi autor a notat abundenţa ţesutului conjunctiv. În două din aceste cazuri, s-a notat o scădere importantă a coloidului. Într-un alt caz, această substanţă lipsea aproape complet.

Unul din noi, în 6 cazuri de epilepsie, a găsit greutatea următoare: 35, 20, 10 g (trei cazuri) şi 7 g.

Din punct de vedere histologic, în cele trei cazuri examinate a găsit o dilatare mai mult sau mai puţin accentuată a veziculelor; în două cazuri s-a notat şi prezenţa de blocuri bazofile în coloidul oxifil. Într-un caz se nota pe alocuri descuamaţia celulară. În acelaşi caz se observa abundenţa granulaţiilor lipoidice în celulele veziculelor.

Într-o lucrare anterioară, în colaborare cu Dumitrescu şi Nicolau (40), unul din noi a relatat examenul ponderal al glandei tiroide în 11 cazuri de epilepsie, precum şi examenul histologic a trei cazuri noi. Greutăţile găsite au fost de: 39,26; 29,73; 25,88; 48,25; 15,23; 23,50; 24,13; 19,13; 13,10; 10,63; 9,10 g. Din punct de vedere microscopic s-a notat ectazie veziculară cu congestie importantă în unul din cazuri. În al treilea, glanda era scleroasă şi existau alteraţii ale veziculelor variabile după regiuni, descuamare celulară, revărsare a coloidului în afara veziculelor, coloid bazofil etc.

În sfîrşit, făcînd media greutăţii glandei tiroide în 54 de cazuri de epilpsie (cazuri personale şi ale autorilor citaţi mai sus), unul din noi găseşte cifra de 18,61 g, cifră sub normală şi care reprezintă media cea mai joasă a diferitelor afecţiuni urmărite în azilurile de alienaţi.

Din punct de vedere clinic, Hertoghe (41) a semnalat epilepsia în mixedemul franc sau la ascendenţii mixedematoşilor.

Browning şi Brooklyn (42) au examinat doi copii rahitici dintre care unul născut dintr-o mamă guşată precum şi un copil mexedematos. În toate trei cazurile, convulsiile au încetat prin tratamentul tiroidian.

Jeandelize (43) a semnalat frecvenţa mare a convulsiilor la copii hipotiroidieni.

În cazul lui Schultze (citat după (43)), bolnava suferea de guşă şi de tetanie. Tratamentul tiroidian a dus la dispariţia tetaniei, dar în schimb s-a notat apariţia epilepsiei.

Bolnava lui Mosse (citat după (43)) era o idioată guşată şi epileptică; bolnava lui Rapp (citat după (43)), un cretin comiţal. La rîndul său, Jeandelize a semnalat frecvenţa mare a guşaţilor epileptici în azilul de la Maréville.

Bastin (44) a observat, la rîndul său, epileptici guşaţi cărora tratamentul tiroidian cu iodotirină (0,50 — 1 g pe zi) le-a produs ameliorări considerabile, ba chiar dispariţia crizelor. Léopold Lévi şi H. de Rotschild au observat scăderea crizelor epileptice la un copil suferind de mixedem incomplet congenital şi căruia i s-a prescris tratamentul tiroidian.

Ca şi Browning şi Brooklyn, Jandelize a observat doi copii epileptici născuţi de o mamă guşată; unul din noi a observat,

la rîndul său, un copil epileptic și idiot, mai dezvoltat din punct de vedere somatic decît ceilalți copii de aceeași vîrstă, suferind totodată de obezitate, a cărui mamă prezenta — din timpul sarcinei cu acest copil — o hipertrofie tiroidiană cu tahicardie și senzație de căldură, fenomene de natură hipertiroidiană.

De asemenea, unul din noi a tratat o fată epileptică, a cărei mamă era basedowiană. A mai observat pe lîngă acestea un caz de epilepsie la un bolnav suferind de sindromul lui Basedow frust și a publicat de curînd un alt caz în care sindromul lui Basedow este asociat cu epilepsia.

Alți autori ca Delasiauve (45), Vallet, Benedikt, Raymond, Euzière și Margarot (46) au observat și ei această asociere.

Cu privire la opoterapia tiroidiană în epilepsie, în afară de faptele pe care le-am menționat, reamintim că Cerf a observat crizele de epilepsie dispărînd la un copil înapoiat; la un al doilea, a văzut dispărînd accesele mici și la alți doi a constatat scăderea crizelor mari de convulsii după acest tratament. Pioche (47), a notat și el scăderea crizelor convulsive la unele epileptice, în urma tratamentului tiroidian. Unul dintre noi a publicat, împreună cu Goldstein (dintr-un alt punct de vedere) observația unei tinere epileptice la care tratamentul tiroidian a produs o micșorare ca număr și intensitate a acceselor convulsive.

Mai trebuie să cităm aici cercetările lui H. Claude (48), care a găsit că tratamentul tiroidian, singur sau asociat cu tratamentul hipofizat, ovarian, poate da rezultate foarte satisfăcătoare în multe cazuri de epilepsie.

Dar se găsesc și cazuri de intoleranță, mai ales la femei, cu crize în timpul menstruației, care este redusă cantitativ și neregulată.

Notăm de asemenea că Voisin și Clark au avut rezultate negative, iar Bourneville a observat un caz unde s-a produs o creștere în frecvența acceselor. Unul din noi a observat un copil idiot, ale cărui simptome reaminteau — din mai multe puncte de vedere — idioția mixedematoasă a lui Bourneville. Un alt confrate îi prescrisese tratamentul tiroidian în doze progresive. Însă, tatăl acestui copil ne povestește că fiul său prezintă crize epileptice după ce ia o doză mai mare de substanță tiroidiană.

Raporturile corpului tiroidian cu epilepsia au fost privite și din punct de vedere chimic. Totuși faptele adunate pînă în prezent, din acest punct de vedere, sînt prea puțin numeroase.

Nu găsim de citat aici decît o analiză a lui Monéry, care dozînd iodul din tiroida unui epileptic (în vîrstă de 97 de ani), a găsit 1,115 mg; o altă analiză a lui H. Claude și A. Blanchetière (49), care, în glanda unui alt caz de epilepsie, au găsit 2,1 mg, precum și cercetările unuia din noi împreună cu Dumitrescu și Nicolau asupra a 12 cazuri de epilepsie. În aceste cazuri s-a găsit de 11 ori cifre trecînd de 4 mg dintre care de 5 ori cifre trecînd de 1 cg. Într-un singur caz nu s-a găsit decît 2,1 mg și în acest caz era vorba de o femeie bătrînă, de 70 de ani; la această vîrstă, cercetările lui Monéry au constatat scăderea obișnuită a iodului.

Dacă ne raportăm la cercetările actuale, trebuie să tragem concluzia că iodul din tiroida epilepticilor este de cele mai multe ori în cantitate mare.

În sfîrşit, se cuvine să cităm şi cîteva fapte de ordin experimental, privitoare la problema raporturilor epilepsiei sau cel puţin a predispoziţiei convulsive, cu corpul tiroid.

Hoffmeister (50), care a studiat foarte atent efectele tiroidectomiei, a observat, sacrificînd animalele sale prin oxid de carbon, că animalele etiroidate se sting încet, în timp ce martorii prezintă convulsii violente.

La rîndul lor, Prévost şi Mioni (51), studiind efectele curenţilor alternativi aplicaţi la botul şi la ceafa căţeilor normali sau etiroidaţi, au observat că aceşti curenţi nu determină decît convulsii tonice la căţeii foarte tineri, iar la animalele mai vîrstnice se observă convulsii clonice. Aceşti autori însă au găsit că ablaţia corpului tiroid la căţei împiedică dezvoltarea creierului şi prelungeşte perioada în timpul căreia convulsiile clonice lipsesc sau sînt puţin accentuate. Se poate întîmpla ca acestea din urmă să dispară după operaţie, la animale care le prezentau înainte de operaţie. Ei mai găsesc că tratamentul tiroidian apropie pe cei operaţi de martori din punct de vedere al convulsiilor clonice.

În sfîrşit, cităm aici cercetările unuia din noi împreună cu Urechia (52), în care s-a arătat că insuficienţa tiroidiană, ca şi hipertiroidizarea, agravează acţiunea unei substanţe convulsivante (stricnina în aceste experienţe). Astfel, din totalitatea acestor experienţe, de trei ori convulsiile au fost mai intense la animalele etiroidate decît la martori şi într-un singur caz s-a observat contrariul. Pe lîngă acestea, în timp ce toţi martorii au supravieţuit în urma intoxicării cu stricnină, două din animalele etiroidate au murit. Tot astfel, dintr-un total de opt experienţe s-a notat (cu excepţia unui singur caz) că fenomenele convulsive au fost mai accentuate la animalele tratate cu corp tiroid decît la martori. Afară de aceasta, unul singur din aceştia din urmă a murit în urma intoxicării cu stricnină, în timp ce dintre animalele tratate au murit un număr dublu.

În sfîrşit, reamintim, că Vassale şi Gennerallі (53), precum şi Lusena (54) afirmaseră că fenomenele convulsive sînt mai accentuate la animalele care au fost supuse numai la paratiroidectomie, decît la animalele cărora li se scotea în acelaşi timp şi corpul tiroid. Însă, cercetările de control ale lui Biedl (55) nu au confirmat concluziile autorilor italieni.

Dăm acum rezultatul cercetărilor nostre personale:

D.F.G., de 47 de ani. Epilepsie. Primită în ospiciu la 8. V. 1912. Moare de tuberculoză pulmonară la 21. VI. 1912.

Tiroida (30 g) este constituită mai ales din vezicule mari, net dilatate. Printre aceste vezicule se găsesc şi mici, chiar foarte mici. Forma lor este poliedrică, neregulată. Coloidul este eozinofil.

În interiorul glandei se observă formaţiuni care par să fie celule descuamate, degenerate colorabile în mod mai mult sau mai puţin omogen prin hematoxilină.

Se pot observa granulaţii în interiorul acestor formaţiuni. Totuşi nu se observă nucleu, chiar mărindu-le cît mai mult.

Aceste formaţiuni au marginile neregulate, fragmentate. În unele regiuni, coloraţia lor este mai intensă, apropiindu-se foarte mult de aspectul coloidului hematoxilinofil. Se găsesc,

de altfel, vezicule al căror conținut prezintă în mod exclusiv caracterul hematoxilinofil. Celulele au o formă cubică și conțin granulații lipoidice destul de abundente. Se observă și vezicule formate din celule endotelioide, dar acestea din urmă sînt în minoritate. În puțini foliculi, celulele conțin granulații abundente de pigment cafeniu închis. În interiorul acestor vezicule se observă hematii colorate cu hematoxilină. Secțiunile arată și ele hematii, mai puțin numeroase, colorabile prin eozină. Nu se găsește vasodilatare, nici spații sau canale cu conținut coloid în interstițiile dintre vezicule. Nu se observă scleroză.

A.V., de 32 de ani. Epilepsie. Statură înaltă. Asimetrie facială, deschizătura palpebrală dreaptă mai mică de cît cea stîngă. Lobii urechilor puțin dezvoltați, carie dentară. Bolta palatină adîncită. Atitudine aplecată. Mișcări lente. Inteligența slabă. Orientarea defectuoasă. Atenția nu i se trezește decît cu anevoință. Afectivitate puțin dezvoltată.

Tiroida 30 g. Veziculele sînt de dimensiuni variabile; cele mici par să predomine. Veziculele mari formează grămezi sau sînt izolate în mijlocul unor vezicule mici. Forma veziculelor este neregulată, poligonală, alungită. Numai veziculele mici au o formă rotunjită. În unele regiuni se observă o tranziție bruscă de la vezicule mari la vezicule mici, în altele, trecerea se face pe nesimțite. Conținutul veziculelor este eozinofil în cele mari, cu blocuri hematoxilinofile răspîndite în coloidul eozinofil. Veziculele mici au un conținut hematoxilinofil. Celulele sînt de tip endotelioid. Numai în mod excepțional sînt cubice. Într-o regiune, peretele veziculelor este neregulat, ondulat, festonat, iar conținutul lor eozinofil pare mai puțin consistent decît de obicei. Aceste vezicule au un epiteliu cilindric sau cubic cu nuclei mari granuloși și nucleoli foarte distincți. Aceste vezicule cu conținut coloid sînt răspîndite într-o masă de mici foliculi fără coloid, formați din grămezi de celule, amintind pe cele precedente. În această regiune, țesutul conjunctiv este aproape absent. Într-o altă regiune, celulele formează tubi alungiți și intens colorați cu hematoxilină, fără granulații bine distincte. În aceste formațiuni se observă, pe alocuri, rare celule tiroidiene izolate, cu nuclei voluminoși și cu granulații și nucleoli bine distincți.

În această regiune, țesutul conjunctiv este mai abundent. Celulele conțin granulații lipoidice în cantitate destul de mare. Totuși, în regiunea de proliferare celulară descrisă mai sus, acestea sînt mai puțin abundente. În puține vezicule se observă în coloidul hematoxilinofil granulații eozinofile, care par a rezulta din hematii.

În general, țesutul conjunctiv este abundent în această glandă și izolează vezicule sau grupuri de vezicule. Peretele vaselor este îngroșat. Capilarele sînt puțin vizibile.

P.M. de 27 de ani. Epilepsie. Primit în serviciul nostru în ziua de 21.XII. 1909. Moare de tuberculoză pulmonară și intestinală, în ziua de 29. I. 1913.

Statură mică; debilitate generală. Greutate 75 kg. Microcefalie. Prognatism al maxilarului superior. Asimetrie a feței. Organele genitale foarte mici. Toată suprafața corpului lipsită de peri, chiar axilele și pubisul (infantilism). Reflexul rotulian exagerat.

Inteligența foarte redusă. Dezorientare completă. Nu înțelege decît incomplet și cu multă greutate întrebările ce i se pun.

Dacă i se spune să scoată limba, se servește de mîini pentru a o introduce din nou în gură. Vocabular foarte restrîns. Fricos. Mănîncă cu lăcomie.

Tiroida (17 g) este constituită mai cu seamă din vezicule mici și mijlocii, dar se găsesc destul de numeroase vezicule mari sau chiar foarte dilatate. Forma lor este variabilă, poliedrică, rotundă, ovulară. Au epiteliul în general turtit, endotelioid. Conțin coloid eozinofil. Celulele descuamate sînt rare. Nucleii sînt în mare parte atrofiați și săraci în granulații. În unele locuri s-au colorat intens cu hematoxilină; altele sînt dimpotrivă dilatate și palide. Aceste celule conțin granulații lipoidice destul de abundente. Numeroase capilare pline de sînge formează o rețea în jurul veziculelor tiroidiene. Țesutul conjunctiv proliferează exclusiv în jurul vaselor. Nu se observă coloid în țesutul interstițial.

P.A., de 28 de ani. Epilepsie. Primită la ospiciu în ziua de 24. VI. 1911, moare de tuberculoză pulmonară la 25. I. 1913.

Bolnavă de la vîrsta de 9 luni. Statura 1,74 m. Păr des. Carie dentară. Ozenă. Ține gura întredeschisă. Buza inferioară groasă. Hipertrofie tiroidiană.

Inteligență redusă. Dezorientare în timp și spațiu. Nu pare să înțeleagă întrebările ce i se pun. Timidă. Nu are sentimentul pudoarei. Neîngrijită, murdară. Somnolență accentuată, adoarme în timp ce o examinăm. Accese frecvente.

Tiroida (75 g). Pe o secțiune a lobului stîng se constată că cea mai mare parte este formată din vezicule mari, cu siguranță dilatate. Forma lor este variabilă. Printre veziculele

mari, se observă altele mici şi mijlocii, sau chiar foarte mici. Toate veziculele sînt pline de coloid cu reacţii tinctoriale normale. Nu se observă coloid hematoxilinofil. Dar se întîlnesc spaţii conţinînd coloid în ţesutul interstiţial. Blocurile hematoxilinofile în masa coloidului eozinofil, precum şi celulele descuamate, sînt de asemenea rare. Epiteliul este turtit chiar în vezicule mici. Nucleii sînt destul de bogaţi în granulaţii. Ţesutul conjunctiv este redus şi nu proliferează, astfel încît pereţii diferitelor vezicule vin în contact direct.

În coloidul unei vezicule dilatate, se observă o cantitate enormă de celule mai voluminoase decît celulele obişnuite, unele din ele avînd nuclei palizi fără granulaţii, altele mici cu nuclei pigmentaţi. Majoritatea au un contur rău delimitat. Se mai observă şi regiuni în care fragmente nucleare plutesc într-o masă de coloid eozinofil. Unele din acestea sînt lobulate fără să prezinte totuşi aparenţa netă de nuclei de leucocite polinucleare. Se pare că aceste celule nu aparţin epiteliului veziculelor, ci sînt venite din afară (din sînge ?). Granulaţiile lipoidice sînt destul de abundente în celulele veziculelor. Nu se observă vasodilatare.

În lobul drept, se observă regiuni cu vezicule enorm dilatate, printre care se întîlnesc şi vezicule mijlocii sau chiar mici. Aceste regiuni sînt înconjurate de o capsulă de ţesut conjunctiv dens. Afară de acest înveliş, se observă ţesut conjunctiv scleros în care există un mare număr de vezicule mici conţinînd în interiorul lor o picătură de coloid eozinofil. O reacţie tinctorială identică prezintă şi coloidul veziculelor chistice, asupra cărora am atras atenţia de curînd. Celulele lor au un aspect endotelioid. Se observă aceeaşi formă şi la numeroase vezicule mici. Totuşi, între acestea din urmă se întîlnesc şi vezicule mici cu celule cubice. Ultima eventualitate este încă şi mai frecventă la veziculele mijlocii. Într-o regiune, se observă o masă de ţesut conjunctiv de aparenţă omogenă degenerată, în care există un număr mare de mici formaţiuni amintind, prin conturul lor, micile vezicule din ţesutul pericapsular despre care am vorbit mai sus. Examinînd aceste formaţiuni la imersie, se observă un fond roz-violet pe care se deosebesc granulaţii cu volum variabil, unele aproape invizibile, altele ajungînd la dimensiunile unui nucleu de celulă tiroidiană. Pe alocuri se mai poate bănui urma vechilor vezicule. Noi credem că aceste formaţiuni reprezintă vezicule degenerate, ale căror celule sînt moarte şi pe cale să dispară.

În unele vezicule, se observă hematii deformate şi colorate cu hematoxilină, deci cu reacţie tinctorială modificată. Celulele foliculilor tiroidiene conţin granulaţii lipoidice în cantitate moderată.

S.D., de 20 de ani. Epilepsie. Primită la 6. VII 911. Moare la 8. III. 1912.

Bolnavă din copilărie. A suferit şi de pelagră. Păr lung şi des. Sprîncenele sînt rare în treimea externă. Dinţii în bună stare. Îi tremură limba şi dinţ i. Reflexele patelare puţin exagerate. Sensibilitate normală. Numeroşi nevi pigmentari. Inteligenţă redusă. Orientarea în timp şi spaţiu defectuoasă. Calcul mintal anevoios. Afectivitatea scăzută. Accese zilnice.

Tiroida (12,50 g) este constituită din vezicule mici şi mijlocii. Unele vezicule sînt chiar foarte mici. Puţine sînt ectaziate. Forma lor este neregulată, poligonală, uneori sînt turtite. Coloidul prezintă în majoritatea cazurilor o coloraţie normală. Totuşi în unii foliculi mici este mai curînd hematoxilinofil.

Blocurile hematoxilinofile, în coloidul eozinofil, sînt rare. Celulele veziculelor au în cea mai mare parte un aspect endotelioid şi conţin numeroase granulaţii lipoidice (scharlach—hematoxilină). Nucleii sînt în parte palizi sau intens coloraţi şi mici. Organul are aspect lobulat, dar fără scleroză evidentă. Într-o parte a secţiunii, se observă un chist format din trei vezicule foarte dilatate, înconjurate de mai multe vezicule ectaziate. Se mai observă într-o regiune un canal ramificat conţinînd coloid şi căptuşit cu celule endoteliale sau endotelioide. Vasele nu sînt sclerozate şi nu se observă capilare dilatate.

S.P., de 82 de ani. Cerşetoare. Epilepsie. Primită în serviciu în ziua de 12. II. 1900. Moare la 12. III. 1912.

Tiroida (12 g) prezintă o cleroză pronunţată. Benzi de ţesut conjunctiv dens împart secţiunea în pseudolobuli de dimensiuni variabile şi net delimitaţi unii de alţii. Septuri mai subţiri de ţesut conjunctiv izolează grupuri de vezicule în interiorul pseudolobulului. Dimensiunile veziculelor sînt variabile, dar cele mici predomină. Se găsesc şi unele foarte mici. În mijlocul celor mai mulţi pseudolobuli se observă 1—2 vezicule ectaziate. Veziculele mici au o formă rotunjită dar nu prea regulată. Cele mari sînt mai poligonale şi îngrămădite unele în altele. Coloraţia coloidului în cea mai mare parte este roz-violet, dar se găsesc şi vezicule al căror coloid a luat coloraţia violet deschis (hematoxilină-eozină). Numai un foarte mic număr de vezicule au un conţinut intens hematoxilinofil.

În veziculele mici se observă blocuri hematoxilinofile şi în unele din aceste blocuri mişcările vizei permit să se deosebească contururi celulare. Celulele sînt în general endotelioide. Numai în puţine locuri, au forma cubică. Nucleii par mai mici decît de obicei. Unii din ei sînt atrofiaţi, intens şi uniform coloraţi. Celulele sînt foarte bogate în granulaţii lipoidice. Se observă grămezi din acestea din urmă — corespunzînd celulelor descuamante — şi în coloidul unor vezicule. Vasele sînt foarte îngroşate, iar cleroza pe care am notat-o pare să-şi aibă punctul de plecare în jurul lor. La acest nivel, benzile conjunctive au o grosime considerabilă.

În interstiţiile veziculelor, se observă canale conţinînd substanţă coloidă. Aceste canale sînt căptuşite cu celule endotelioide.

Intima vaselor prezintă o mare cantitate de substanţe lipoidice. Sub celulele endoteliale care se disting foarte bine în multe locuri şi în cutele membranei elastice, se observă pe secţiunile colorate prin scharlach, un abundent depozit de substanţe lipoidice cu aspect omogen şi fin granulos, şi mai rar picături. Astfel de picături sau granulaţii lipoidice se întîlnesc, dar mult mai puţin reduse şi în afara peretelui arterial. Aceste vase cu supra încărcare grăsoasă conţin o substanţă care prin coloraţia ei aminteşte coloidul veziculelor. Numai în mod excepţional se poate observa o hematie în lumenul lor şi spre periferie un conţinut care aminteşte coloidul veziculelor.

M.Z.F., de patruzeci şi trei de ani. Primită în serviciu în ziua de 10. V. 1909. Moare la 21. I. 1910 de tuberculoză pulmonară. Este epileptică din copilărie. Accesele sînt rare. Fruntea mică; asimetrie facială. Abolirea reflexului faringian, exagerarea celui rotulian. Inteligenţă redusă. Nu cunoaşte exact monedele. Calculul mintal slab. Atenţia şi memoria destul de bune. Destul de bine orientată. Liniştită.

Tiroida : 7 g. Cea mai mare parte din vezicule sînt voluminoase, sau chiar ectaziate, conţinînd coloid eozinofil. Veziculele mici sînt rare, cele mijlocii ceva mai frecvente. Se observă frecvent celule descuamate, turtite, cu nucleii lungiţi, subţiri şi intens coloraţi. Alături de aceşti nuclei se observă granulaţii refringente, rămăşiţe de protoplasmă celulară. În aceste vezicule, celulele peretelui lipsesc în cea mai mare parte. Ele sînt în genere turtite, sau endotelioide, dar se găsesc şi vezicule cu celule cubice. Granulaţiile lipoidice sînt foarte numeroase. Se observă o scleroză pronunţată care disociază glanda şi izolează veziculele unele de altele. Pe alocuri am întîlnit spaţii limfatice (?) pline de coloid.

L.C., de 14 ani. Epilepsie. Debilitate mintală. Intrată în serviciu în luna X.1907. Moare la 9 III. 1912, de tuberculoză pulmonară.

Asimetrie facială, pareza dilataţiei pupilare. Bolta palatină ogivală. Abolirea reflexelor faringian, rotulian şi plantar. Nu are încă menstruaţia. Dezorientată; judecata slabă. Nu recunoaşte monedele. Răspunde cu greutate. Dizartrie.

Tiroida, 22,g, este constituită din vezicule cu dimensiuni variabile, unele din ele fiind ectaziate. Celulele sînt turtite, endotelioide şi conţin granulaţii lipoidice din abundenţă. Coloidul este eozinofil, dar în mai toate veziculele conţine numeroase blocuri hematoxilinofile. Ţesutul conjunctiv este abundent, izolează fiecare veziculă în parte prin benzi groase. Vasele nu sînt îngroşate.

D.J., de 55 de ani. Epilepsie. Alcoolism. Asimetrie cranio-facială. Deviere şi turtire a nasului. Sprîncene rare; perii lipsesc complet în treimea externă.

Tulburări de memorie. Nu-şi cunoaşte vîrsta şi numele. Atenţia şi judecata sînt de asemenea slabe. Accese nu prea frecvente (în medie patru pe lună).

Tiroida (17 g) este constituită din vezicule în majoritate mici şi mijlocii. Unele sînt atrofice, fără coloid, de dimensiuni reduse, şi înconjurate de numeroase capilare dilatate, pline de sînge. În aceste vezicule atrofice ca şi în celelalte, numeroşi nuclei sînt mici, retractaţi. Printre cei cu dimensiuni normale, o parte sînt foarte săraci în granulaţii.

Printre vezicule, se observă mari spaţii neregulate, alungite şi ramificate, căptuşite cu celule endotelioide sau endoteliale şi pline de coloid. Celulele descuamate sînt rare, cele din peretele folicular sînt cubice. Ele conţin numeroase granulaţii lipoidice (coloraţie cu roşul scharlach).

C.P., de 35 de ani. Epilepsie. Primit la 13. XII. 1908. Moare la 10. XI. 1912, în timpul unui acces. Slăbirea judecăţii, a calculului mintal. Orientare destul de bună. Memoria relativ păstrată. Cîteva accese pe lună.

Glanda tiroidă este constituită din vezicule în majoritate foarte dilatate şi formînd adevărate chiste. Înăuntrul acestora se observă vezicule mici şi mijlocii.

Coloidul este eozinofil. În mai multe regiuni există canale pline de coloid ; nu se remarcă nicăieri coloid hematoxilinofil. Celulele veziculelor, cel puţin ale celor mari, sînt de tip endotelioid. Veziculele cu epiteliu cubic sînt rare. Celulele conţin granulaţii lipoidice în cantităţi moderate. Celulele descuamate sînt rare. În multe locuri se observă vase ectaziate.

Examenul microscopic al acestor zece cazuri de epilepsie nu face decît să confirme constatările anterioare ale autorilor mai sus citaţi şi acelea făcute de unul din noi asupra frecvenţei alteraţiilor macroscopice şi microscopice ale corpului tiroid în epilepsie.

Din punct de vedere macroscopic, volumul şi greutatea corpului tiroid sînt adesea prea mici, alteori însă ele sînt prea mari.

Adăugînd la cazurile precedente, greutatea a şase glande, neluate în considerare cu prilejul cercetărilor noastre anterioare, găsim pentru 60 de cazuri de epilepsie o medie de 16,77 g, medie evident prea mică şi depărtîndu-se în mod pronunţat de la normal. Această medie rezultă dintr-un număr mare de cazuri printre care se găsesc şi acelea în care greutatea tiroidei o depăşeşte pe cea obişnuită.

Credem interesant să cercetăm în ce proporţie această greutate se depărtează de limitele normale.

Din 51 de cazuri de epilepsie (printre care cazurile lui Zalla şi acele ale lui Claude şi Schmiergeld), glanda se găseşte în limite normale (20—30 g), în 14 cazuri; superioară lor, în trei cazuri, şi sub aceste limite, în 32 de cazuri. Aşadar, în 35 din 51 de cazuri, glanda este în afara mediei obişnuite.

De altfel, chiar din punct de vedere clinic, se găsesc adesea date care pot să ridice problema unei tulburări tiroidiene. Astfel sînt rărirea sprîncenelor sau îmbinarea lor, starea defectuoasă a dinţilor, statura prea mică ori prea mare şi hipertrofia tiroidei. Ultima se găseşte în două din 24 de cazuri de epilepsie pe care le-am studiat. Dimpotrivă, în multe cazuri, tiroida pare impalpabilă, ceea ce concordă cu volumul mic şi greutatea redusă a glandei, pe care le-au mai găsit şi alţi autori, înaintea noastră.

Datele privitoare la starea corpului tiroid în epilepsie, le putem rezuma în modul următor.

Acest organ este de cele mai multe ori mai mic decît în stare normală. Hipertrofia se întîlneşte mai rar. În orice caz, greutatea medie se depărtează chiar în mod simţitor de limita inferioară (20 g) considerată ca normală.

Într-un număr mare de cazuri de epilepsie, datele clinice arată de asemenea, fenomene care ne fac să ne gîndim la tulburări ale corpului tiroid (insuficienţă, hiperfuncţiune, instabilitate tiroidiană).

În concordanţă cu aceste fapte, terapeutica arată că opoterapia tiroidiană poate ameliora destul de des epilepsia, dar că în unele cazuri ea poate să producă tocmai rezultatul opus. Aceasta depinde, pe de o parte, de doza prescrisă, iar pe de alta, de starea prealabilă a subiectului.

Datele experimentale, de acord cu faptele precedente, arată, la rîndul lor, că insuficienţa tiroidiană ca şi hipertiroidizarea pot accentua atitudinea convulsivă şi scădea rezistenţa la substanţele convulsivante.

În sfîrşit, cercetările chimice făcute pînă în prezent au arătat, că iodul este în creştere în majoritatea cazurilor.

Este necesar ca pe viitor să se studieze, din acest punct de vedere, şi conţinutul în fosfor, sulf, substanţe lipoidice etc., al glandei tiroide la epileptici. Va trebuie să se studieze acest organ şi din punct de vedere fiziologic.

În sfîrşit, în problema raporturilor glandei tiroide cu epilepsia va trebui să se aibă în vedere nu numai influenţa stării acestui organ asupra epilepsiei, dar şi a acesteia din urmă asupra corpului tiroid.

Congestia determinată de accese poate să aibă un răsunet asupra glandei. Substanţele rezultate din enorma activitate musculară din timpul acceselor ar putea de asemenea să influenţeze acest organ.

În sfîrşit, va trebui să se studieze — precum observa Zalla — acţiunea tratamentului bromurat asupra glandei tiroide. Din acest punct de vedere va fi nevoie să ne ocupăm nu numai de cercetările clinice sau anatomo-patologice, dar şi de cele chimice, şi ar fi foarte interesant să se cerceteze dacă bromul făcînd parte din aceeaşi familie cu iodul, nu se poate acumula şi el în corpul tiroid, în cursul tratamentului epilepticilor, aceasta cu atît mai mult cu cît unii autori au admis prezenţa lui chiar în tiroida normală.

GLANDA TIROIDĂ ÎN ALCOOLISM

Amaldi a studiat glanda tiroidă în 4 cazuri de alcoolism, şi a găsit-o alterată de două ori. În unul din aceste cazuri, funcţiunea tiroidei putea fi considerată aproape abolită.

Perrin de la Touche şi Dide au studiat, de asemenea glanda tiroidă la doi alcoolici. La cel dintîi (delir alcoolic), glanda cîntărea 10 g; la al doilea, 27 g. Ambii prezentau procese de scleroză la care se adăugau în a doilea caz leziuni ale veziculelor.

De Quervain (56) a studiat, la rîndul lui, corpul tiroid în mai multe cazuri de alcoolism, notînd alteraţiile veziculelor (descuamaţie celulară), cele ale coloidului (cu schimbările afinităţilor lui tinctoriale), cu vacuole cu conţinut granulos etc.

Schmiergeld (57) a cercetat tiroida la alcoolici, din care unul (44 de ani) a murit în urma unei bronhopneumonii duble, iar al doilea (32 de ani) într-un acces epileptiform. În primul caz, a notat procese de scleroză foarte intense. Veziculele erau foarte mici, coloidul conţine vacuole granuloase. În al doilea caz, s-a observat o dilatare veziculară foarte marcată precum şi o puternică descuamare celulară. Cea mai mare parte din vezicule conţineau coloid cu coloraţie normală. În cîteva vezicule, această substanţă se colorase cu hemateină. În altele, se observau, desprinzîndu-se pe fondul roz al coloidului normal, granulaţii hemateinofile. O ectazie vasculară într-un caz de alcoolism, la un bărbat de 38 de ani cu arterioscleroză, a fost găsită de Zalla. Glanda cîntărea 26 g şi era constituită din vezicule extrem de dilatate, cu epiteliu foarte turtit şi pe alocuri descuamat.

Într-o lucrare ulterioară, acelaşi autor a examinat glanda tiroidă în şase cazuri de alcoolism cronic cu tulburări psihice.

Greutatea glandei a fost de 14, 50, 56, 19, 13 și 15,50 g. Alterația cea mai caracteristică constă într-o dilatare însemnată a veziculelor care sînt pline cu coloid. Țesutul conjunctiv, mai degrabă redus ; descuamarea celulară lipsește aproape cu desăvîrșire.

Garbini (58) găsește la rîndul său, în două cazuri de psihoză alcoolică, vezicule voluminoase și bogate în coloid ; glandele tiroide intens vascularizate, iar țesutul conjunctiv mai mult sau mai puțin dezvoltat.

Același autor (58) a continuat în ultimul timp cercetările experimentale asupra modificărilor glandelor endocrine la animalele supuse intoxicării alcoolice.

A găsit alterații, amintind pe cele descrise de Schmiergeld, Zalla și de el însuși : dilatarea veziculelor cu conținut bogat în substanță coloidă. În cazurile mai înaintate, se observă dimpotrivă procese de scleroză și leziuni ale veziculelor, ca descuamare celulară, colorabilitate slabă a substanței coloide.

Unul din noi a examinat glanda tiroidă în două cazuri de alcoolism, din care unul în colaborare cu A. Marie (59). În cel dintîi, s-a găsit o enormă scleroză care disocia glanda. Veziculele erau de dimensiuni variabile și coloidul cu reacții tinctoriale normale. În al doilea caz, am găsit alterații chistice cu ruperea veziculelor și scurgere de coloid în țesutul interstițial. Celulele desprinse de pe pereții unor vezicule înotau fără ordine în coloidul răspîndit. În alte regiuni, se observau o scleroză accentuată și vezicule cu dimensiuni normale. Coloidul era în genere eozinofil. Totuși, în cîteva locuri coloidul era bazofil și în unele vezicule se găseau picături bazofile în masa acidofilă. Cea mai mare parte din celule aveau forma cubică și erau foarte bogate în granulații lipoidice, ceea ce era în raport, în parte cel puțin, cu vîrsta înaintată a bolnavului (60 de ani), a cărui tiroidă a fost examinată.

Pe un număr de 13 cazuri de alcoolism, unul din noi a găsit greutatea medie a glandei tiroide, 19,91 g, care se apropie de limita normală inferioară. Din cele 22 de cazuri studiate (personal și de alți autori), reiese o greutate medie (21,04g) ușor superioară limitei inferioare a normalului.

Din aceste 22 de cazuri, 12 au greutatea glandei sub 20 g (limita normală inferioară), 8 între 20 și 30 g, și 2 peste 30 g (limita normală superioară).

Dăm acum descrierea anatomo-clinică a celor trei cazuri observate :

P.C., de 31 de ani. Demență alcoolică. Intră în serviciu în ziua de 11. XII. 1906. Moare la 4. I. 1913, de edem pulmonar pleurezie și colecistită. Ușoară asimetrie craniofacială. Scăderea globală a funcțiilor psihice : atenție, memorie, raționament, afectivitate. Orientarea insuficientă în timp și în spațiu. Incapabil de orice muncă. Nu are halucinații nici delir.

Tiroida 9,30 g, la examenul microscopic este constituită din vezicule de dimensiuni mijlocii și mici, unele din ele chiar foarte mici.

Au în majoritatea lor un conținut cu reacții tinctoriale normale. Totuși, uneori coloidul este hematoxilinofil, și în alte cauzuri, se observă blocuri hematoxilinofile în masa coloidului eozinofil. Unele din aceste blocuri sînt omogene, dar în altele, mișcările vizei microscopice îngăduie să se observe contururi celulare. Avem impresia că aceste blocuri reprezintă grămezi de celule descuamate care au suferit o transformare specială. Unele din grămezile hematoxilinofile au tendința de a lua forme cristaloide. Celulele sînt cubice, cu numeroase granulații lipoidice.

Țesutul conjunctiv nu este proliferat, dar dispoziția veziculelor și a acestui țesut dau glandei un aspect lobulat. Se observă pretutindeni capilare dilatate și pline de sînge.

S.D., de 56 de ani. Demenţă alcoolică. Internat în ziua de 24. XII. 1912. Moare în ziua de 21. I. 1913, într-o stare de adîncă istovire. Statura, 1,62 m. Foarte slab. Scăderea reflexelor osteotendinoase şi pupilare. Semnul lui Biernaki. Masele musculare dureroase la apăsare. Din punct de vedere psihic, locvacitate, fugă de idei, paralogie. Orientarea în timp şi spaţiu defectuoasă. Mobilitatea atenţiei, tulburări evidente ale memoriei de fixare. Tulburări accentuate ale calculului mintal. Jovialitate, delir de mărire. Insomnii.

Glanda tiroidă : 10 g. Cea mai mare parte din vezicule sînt dilatate, au forme neregulate sau rotunjite. Coloidul, cu reacţii tinctoriale normale. În unele vezicule, substanţa coloidă prezintă un aspect de reţea care pare să indice o consistenţă mai mică a acestei substanţe. Se observă de asemenea formaţiuni vasculare care par artefacte de preparaţie. În unele vezicule se găsesc hematii şi celule descuamate. Acestea din urmă sînt în general turtite şi chiar endotelioide. În mai multe locuri, veziculele (cu substanţă coloidă mai puţin refringentă) au plesnit iar coloidul s-a scurs în afară. Celulele peretelui, încă reunite sau izolate, înoată în această substanţă care le înconjură din toate părţile. Granulaţiile lipoidice sînt abundente. Ele sînt mai numeroase în celulele descuamate.

Ch. D., de 46 de ani. Primit în ospiciu la 5. IV. 1905. Moare la 16. I. 1913 în urma unei osteite supurate care determinase un flegmon al coapsei. Tată alcoolic. Difterie şi paludism la antecedenţii săi. A abuzat şi el de alcool. A avut sifilis.

Bolnav bine constituit, cu ţesut celulo-adipos abundent. Alopecie. Miozis şi uşoară inegalitate pupilară, fără tulburări ale reflexelor. Sensibilitatea la durere este uşor scăzută. Abolirea reflexelor faringian şi abdominal. Reflexul cremasterian păstrat, reflexul rotulian exagerat. Îi tremură limba şi degetele. Reacţia lui Pandy şi Nonne-Appelt în lichidul cefalorahidian negative.

Tulburări psihice care au început prin idei paranoide. Se crede intoxicat cu berea de la fabrica B ... Strigă adesea în curtea ospiciului că se ucid oamenii (cu aceiaşi bere). Calculul mintal, memoria, atenţia sînt moderat alterate. Tot astfel şi activitatea lui, în afară de ideile delirante.

Tiroida : 12 g. Cea mai mare parte din vezicule sînt mici, dar se găsesc şi vezicule evident ectaziate. Cele mici au o formă rotundă. Coloidul eozinofil, a prins în unele vezicule, o coloraţie roz-violet (eozină-hematoxilină), în alte vezicule mici el este net hematoxilinofil. Mai multe vezicule sînt înconjurate de capilare, ectaziate şi pline de sînge. Aceste vezicule conţin destul de des hematii. În unele vezicule, hematiile sînt aşa de numeroase încît conţinutul vezicular prin coloraţia şi înfăţişarea lui reaminteşte pe acela al capilarelor sanguine. Se observă şi multe celule descuamate în numeroase vezicule, poate chiar în cea mai mare parte din ele. Majoritatea acestor celule au suferit un proces de degenerare ; sînt dilatate, şi nu se mai deosebeşte distinct protoplasma de nuclei. În alte vezicule, se găseşte coloid hematoxilinofil cuprinzînd încă contururi celulare. Uneori coloidul lipseşte şi tot conţinutul se reduce la cîteva celule descuamate. Celulele peretelui vezicular sînt cubice, dar nu înalte. Nucleii prezintă adesea forme degenerative. Coloraţia cu scharlach arată în celulele peretelui vezicular, ca şi în cele desprinse, numeroase granulaţii lipoidice.

După cercetările de mai sus, alteraţiile tiroidei sînt frecvente în alcoolism ; ele sînt în parte consecinţa intoxicării, dar, tulburarea funcţională în sensul excitaţiei sau inhibiţiei glandei poate să explice în parte simptomatologia afecţiunii. Frecvenţa halucinaţiilor în alcoolism se poate apropia, din acest punct de vedere, de aceea observată în psihozele basedowiene. Sindromul lui Basedow şi alcoolismul se află, de altfel, asociate în unele observaţii, ca de pildă în ale lui Carrière (60) şi ambele intoxicaţii pot să contribuie la apariţia tulburărilor psihice, asociindu-se şi completîndu-se.

Pe de altă parte, intoxicarea alcoolică lucrează probabil mai uşor asupra unui organism a cărui funcţiune tiroidiană se depărtează de normală, iar numărul mare de cazuri (14 din 20), în care glanda tiroidă se află în stare anormală, ne permit să credem în existenţa unei asemenea predispoziţii.

GLANDA TIROIDĂ LA PELAGROŞI

Descriem mai jos raporturile corpului tiroid cu pelagra. Amaldi a studiat glanda tiroidă în mai multe cazuri de pelagră, găsind-o alterată în 69 din 106 de cazuri. El nu indică greutatea organului şi nu arată decît pentru cîteva cazuri, alterările constatate, limitîndu-se pentru celelalte la o apreciere generală despre starea funcţională a organului. Modificările observate constau în atrofia veziculelor, impregnaţie pigmentară a celulelor, alterări ale vaselor, degenerescenţă hialină a ţesutului conjunctiv. Alteraţiile par de altfel să fi fost mai frecvente decît arată autorul, dat fiindcă într-un caz în care glanda tiroidă era considerată ca funcţionînd normal, găsim notat că structura normală a veziculelor, dezvoltarea lor, abundenţa coloidului înăuntrul spaţiilor limfatice ar indica o funcţie exagerată a glandei. Ţesutul conjunctiv era îngroşat şi cu degenerescenţă hialină. Este vorba, aşadar, de o glandă alterată cu siguranţă, şi poate în hiperfuncţie. Mironescu (61) a studiat la rîndul său tiroida în două cazuri de psihoză pelagroasă. În unul din aceste cazuri, glanda era aproape normală ; în al doilea, exista o abundentă proliferare epitelială.

Unul din noi a descris greutatea corpului tiroid în 20 de cazuri de psihoză pelagroasă, şi a găsit în 9 cazuri glanda în limite normale ; greutatea de 29 g în unul din cazuri ; de 22 g în alte 2 şi de 20 g în alte 6 cazuri. De două ori greutatea depăşea limita normală superioară (30 g), fiind respectiv de 35 şi 77 g. În sfîrşit în 10 cazuri, tiroida cîntărea sub 20 g, anume : 18, 7, 12 g (5 cazuri) şi 10 g (3 cazuri). A redat de asemenea examenul histologic a 13 cazuri de psihoză pelagroasă. Alteraţia cea mai frecventă este scleroza. Uşoară în unele cazuri, această leziune este destul de accentuată în altele, fără să existe un paralelism între intensitatea ei şi vîrsta bolnavului. Veziculele nu erau alterate decît în 6 cazuri ; modificarea consta în prezenţa celulelor descuamate sau a blocurilor hematoxilinofile în masa coloidului eozinofil, în prezenţa unui număr de vezicule cu conţinut net bazofil precum şi a unui număr de vezicule fără coloid şi cu înfăţişare embrionară.

Am avut ocazia să cîntărim glanda tiroidă în 10 cazuri noi de pelagră (pelagroşi alienaţi) şi nu am găsit decît în 2 cazuri o greutate care poate fi considerată ca normală (20 g). În 2 cazuri (17 şi 19 g), greutatea era sub această cifră. În celelalte 6 cazuri, greutatea era peste 30 g (limita normală superioară) 70, 65 g (în 2 cazuri), 56, 46, şi 45 g. Posedăm aşadar greutatea tiroidei a 31 de cazuri de pelagră. Media acestor cazuri este de de 27, 25 g, medie destul de ridicată şi care se poate apropia de cea găsită în psihozele afective (în această ordine de idei reamintim coloratura melancolică a delirului pelagroşilor). Această medie cade în limitele normale (20—30 g). Totuşi, dacă se examinează diferitele cifre care reprezintă greutatea în cele 31 de cazuri ale noastre, se observă că aceasta nu oscilează între limite normale decît în unsprezece cazuri, fiind superioară acestora în opt cazuri şi inferioară în celelalte douăsprezece.

Redăm de asemenea studiul histologic a cinci cazuri noi de psihoză pelagroasă. În toate aceste cazuri se regăsesc alteraţii mai mult sau mai puţin intense după cum rezultă din descrierea următoare :

J.A., de 50 de ani. Primit în 10. VIII. 1912. Moare în ziua de 25. VIII, acelaşi an. Psihoză pelagroasă.

Tiroida : 46 g este constituită mai ales din vezicule mici şi mijlocii. În mod excepţional se pot întîlni vezicule mai voluminoase. Cu toate că majoritatea veziculelor sînt pline de coloid eozinofil, se observă în multe locuri un conţinut hematoxilinofil, sau picături hematoxilinofile în masa coloidului eozinofil.

Există şi regiuni în care se găsesc numeroase vezicule mici, fără cavitate şi fără coloid. Cea mai mare parte din ele conţin celule cubice cu nuclei rotunzi regulaţi cu un număr moderat de granulaţii printre care se observă pentru fiecare nucleu cîte una mai voluminoasă (nucleol). Granulaţiile lipoidice sînt foarte numeroasé. Există o scleroză vădită, care izolează pseudolobulii şi în aceştia din urmă desparte aproape toate veziculele unele de altele. Nu se observă capilare dilatate, nici spaţii limfatice cu conţinut coloid. Se găsesc vase cu pereţii sclerozaţi.

J.F.S.S, de 38 de ani. Psihoză pelagroasă şi puerperală. Primită în ziua de 20. I. 1908. Moare în ziua de 12. VIII. 1912. Bolnavă din 1900. Uşoară asimetrie facială. Exagerarea reflexelor rotuliene. Zone anestezice pe membrele inferioare. Deprimată, confuză. Tulburări accentuate ale memoriei şi atenţiei. Dezorientată. Uneori agitată. Somnul bun. Pofta de mîncare păstrată.

Ttiroida 17 g, este constituit mai cu seamă din vezicule mijlocii. Dar se găsesc şi altele mici, şi unele care par uşor ectaziate. Coloidul cu reacţii normale. În numeroase vezicule. se observă celule descuamate şi în unele se observă hematii. Epiteliul veziculelor este în general endotelioid, mai rar, cubic. Nucleii turtiţi şi destul de bogaţi în granulaţii. Granulaţiile lipoidice sînt destul de abundente mai ales în celulele descuamate. Se observă de asemenea numeroase spaţii limfatice pline cu coloid. Se remarcă şi un uşor grad de scleroză precum şi numeroase capilare ectaziate şi pline de sînge.

P.A., de 35 de ani. Psihoză pelagroasă. Primită în luna I. 1905. Moare de pneumonie la 9. II. 1913. Primele tulburări psihice în 1909. Din punct de vedere somatic, s-a notat exagerarea reflexelor tendinoase. Agitaţie psihomotoare. Logoree intensă. Bine orientată în spaţiu, mai puţin bine în timp. Euforie. A pierdut sentimentul pudoarei. Tulburări de memorie şi atenţie.

Tiroida : 14 g, constituită din vezicule de dimensiuni variabile, cele mici şi mijlocii fiind cele mai numeroase. Coloidul eozinofil. Nu se observă nicăieri coloid hematoxilinofil. Celulele descuamate, sînt rare. În cea mai mare parte din vezicule, epiteliul este turtit, şi chiar endotelioid, conţine granulaţii lipoidice în cantitate moderată, mai abundente în cele descuamate. Nucleii sînt puţin voluminoşi şi bogaţi în granulaţii. Există un uşor grad de scleroză. Pe alocuri se observă capilare conţinînd sînge, dar nu se evidenţiază un proces de vasodilataţie.

N.S., de 49 de ani. Psihoză pelagroasă. Primit la 7. VIII. 1912. Moare la 3. IX. 1912. A avut obiceiul să bea alcool. Bolnav din 1911. Statura 1,78 m. Greutatea 59 kg. Sprîncenele îmbinate. Asimetria urechilor. Tremurătura limbii. Eritem pelagros. Inegalitate pupilară cu absenţa reflexului la lumină şi la acomodare. Exagerarea reflexelor tendinoase. Dezorientare completă. Tulburări profunde ale memoriei. Incoerenţă. Nu se îngrijeşte, nu se preocupă de curăţenie. Calculul mintal foarte alterat. Nu pare să înţeleagă tot ce este întrebat. Foarte mulţumit de sine.

Tiroida : 65 g, constituită mai cu seamă din vezicule mici şi mijlocii. Se găsesc şi regiuni unde veziculele sînt dilatate. În aceste regiuni, conţinutul veziculelor dă impresia că este mai puţin consistent decît în celelalte. Se poate spune acelaşi lucru despre unele vezicule mici şi mijlocii. În mod general, coloraţia coloidului este roz-violet mai mult sau mai puţin intens, după consistenţa mai mică sau mai mare a acestei substanţe. Se mai observă şi un număr destul de mare de vezicule cu conţinut hematoxilinofil sau blocuri hematoxilinofile în coloidul violet-roz. Se remarcă şi un număr destul de mare de vezicule mici şi atrofice fără coloid.

Celulele sînt în cea mai mare parte cubice, multe din ele fiind chiar destul de înalte. Majoritatea au o aparenţă omogenă şi o coloraţie violet-roz deschis. Nucleii sînt în general, mari, rotunzi şi relativ săraci în granulaţii. Se găsesc şi nuclei mici. Granulaţiile lipoidice sînt destul de frecvente, în unele regiuni chiar foarte numeroase. Celulele descuamate sînt relativ rare. Ţesutul conjunctiv este vădit proliferat. Glanda apare disociată în pseudolobuli, şi în aceştia din urmă, veziculele sînt izolate unele de altele. Se observă numeroase capilare ectaziate şi pline de sînge.

J.D., de 53 de ani. Psihoză pelagroasă. Primit la 11. VIII. 1912. Moare la 9. IX. 1912. Tiroida, 56 g, este formată aproape exclusiv din mici sau chiar foarte mici vezicule atrofice. Cele mari lipsesc aproape complet. Coloidul a luat mai în toate veziculele coloraţia violet (hematoxilină). Totuşi spre periferie, să găsesc destul de numeroase vezicule cu coloid eozinofil. Veziculele cele mai mici, cele atrofice sînt complet lipsite de coloid.

Se observă şi cîteva vezicule al căror coloid prezintă o aparenţă de reţea, dînd impresia că sînt mai puţin consistente.

Cea mai mare parte din celule sînt turtite, deşi tipul net endotelioid este rar. Nucleii au în general forma rotundă sau puţin alungită. Sînt relativ săraci în granulaţii. Se găsesc şi celule cubice, mai cu seamă în veziculele mici fără coloid. Granulaţiile lipoidice sînt foarte abundente. Numeroase celule sînt umplute cu asemenea granulaţii. Celulele descuamate sînt rare.

O intensă scleroză disociază glanda în pseudolobuli şi izolează înăuntrul acestora, veziculele unele de altele. În mai multe regiuni, locul ocupat de ţesutul conjunctiv este foarte întins. Acest ţesut pare edemaţiat. Înăuntrul lui, se observă mici vezicule, atrofice, fără coloid, răzleţite sau reunite sub formă de grămezi separate unele de altele prin mari zone de ţesut conjunctiv.

În aceste regiuni, ca şi în altele, se observă capilare ectaziate sau pline cu sînge. În mai multe zone, se observă puternice hemoragii, mai cu seamă spre periferia organului. Hemoragia pare să aibă loc în ţesutul conjunctiv capsular şi subcapsular. Tot spre periferia organului se întîlnesc canale limfatice pline cu coloid şi înconjurate de hematii extravazate.

Din faptele precedente trebuie reţinut că tiroida se găseşte frecvent alterată în pelagră. Greutatea ei nu este normală decît aproximativ într-o treime din cazuri ; în celelalte este de obicei sub aceste limite, şi ceva mai rar deasupra lor. Hipertrofia tiroidiană a fost notată în cursul vieţii în una din observaţiile de curînd raportate de V î n t u în teza sa de la Iaşi (iunie 1913). Alteraţiile microscopice sînt şi ele frecvente.

Unele modificări preexistă, poate, şi predispun la pelagră, altele sînt efectele acesteia din urmă, dar este greu de delimitat partea lor respectivă.

Studiul clinic al bolnavilor ne va da putinţa să punem în evidenţă, în cursul vieţii bolnavilor, simptome în raport cu tiroida. În a patra observaţie este semnalată statura înaltă a bolnavului şi îmbinarea sprîncenelor, semne de hipertiroidism.

Şi greutatea glandei, în cazul acesta (65 g), concordă cu constatarea de mai sus. Se poate crede că în cazul menţionat, hipertiroidia a precedat pelagra, şi a constituit poate o predispoziţie (vasodilatarea periferică a hipertiroidiei putînd de pildă să predispună la eriteme etc.). Dimpotrivă, unele alteraţii microscopice ale glandei au putut fi consecinţa pelagrei.

Amintim aici că A g o s t i n i (62) a observat cazuri de infantilism mixedematos în descendenţa pelagroşilor.

Aşadar, studiul tiroidei în această boală merită toată atenţia noastră. Ca şi în alte psihoze, va trebui să se studieze de aici înainte glanda şi din alte puncte de vedere (cercetări chimice, acţiuni fiziologice).

GLANDA TIROIDĂ ÎN PARALIZIA GENERALĂ

Sub inspiraţia lui O b r e g i a, elevul său V o l b e r g (63), a studiat glanda tiroidă într-un mare număr de cazuri de paralizie generală. El a găsit că, din punct de vedere macroscopic, glanda tiroidă prezintă

adesea, congestii mai mult sau mai puțin intense, infiltrații sau hemoragii pericapsulare sau înăuntrul organului, iar în multe cazuri, o aparență laxă a parenchimului glandular. Volumul glandei este adesea foarte redus, atingînd uneori abia un sfert din cel normal. Greutatea organului este frecvent redusă. Autorul citează greutatea tiroidei, în 50 de cazuri de paralizie generală. În 6 cazuri o găsește superioară celei normale, în alte 10 cazuri a fost găsită normală. În cele 34 de cazuri rămase, glanda cîntărea mai puțin de 20 g și, din acestea din urmă, 17 aveau între 10 și 15 g. De trei ori greutatea a fost găsită 9 g și cîteva centigrame și într-un alt caz 5,90 g.

În cele trei cazuri în care greutatea organului a fost găsită crescută (40—49 g), era vorba de femei multipare. Se știe că sarcina mărește volumul și greutatea corpului tiroid.

Acest autor (63) a studiat glanda din punct de vedere microscopic în 40 de cazuri de paralizie generală. A găsit o îngroșare a capsulei conjunctive și, aproape în toate cazurile, infiltrații hemoragice, fie în capsulă, fie în interiorul glandei. De cele mai multe ori, coloidul era redus. În cîteva cazuri, se observă și alterații sclerotice. Celulele epiteliale sînt uneori proliferate, alteori sînt infiltrate de granulații refringente, cafenii, ocupînd tot corpul celular. Aceste granulații nu dau reacțiile grăsimilor, dar au multă analogie, și chiar și reacții identice cu granulațiile de pigment sanguin sau cu cele ale maselor de sînge foarte frecvente în tiroidele paraliticilor. Aceste granulații se mai întîlnesc și în țesutul interstițial, iar autorul le-a găsit mai totdeauna în vecinătatea unui focar de hemoragie sau de impregnație pigmentară sanguină. Alteori se găsesc celule turtite. În sfîrșit, cîteodată, ele devin de nerecunoscut. Coloidul este sediul unui proces intens de vacuolizare, iar vacuolele conțin granulații care se colorează în negru-violet prin violetul de Dahlia. Alteori, în locul acestora se găsește o masă compactă, prinzînd aceeași colorație. Altă dată, în vacuole sau în coloid, se găsesc granulații de pigment sanguin. În unele cazuri, coloidul poate să lipsească. Uneori autorul a întîlnit cristale. Țesutul conjunctiv este cîteodată proliferat, fără să existe un paralelism între leziunea conjunctivă și cea epitelială. Se poate observa scleroză vasculară și atrofia fibrelor netede ale vaselor.

Autorul este de părere că alterațiile tiroidei sînt accentuate mai ales în formele severe de paralizie generală, în cele mai grave ajungînd la dispariția aproape totală a masei coloide.

În cazul în care glanda cîntărea 5,90 g, era vorba de un bolnav de statură mare, suferind de paralizie generală cu formă maniacă, foarte agitat, bolnav care a murit repede. Autorul ridică în sfîrșit problema posibilității unei ameliorări a cazurilor grave de paralizie generală, prin tratamentul tiroidian.

F l o r i a n (64), în teza lui, susține că a observat o oarecare acțiune a acestui tratament.

La rîndul său, A m a l d i a studiat tiroida în nouă cazuri de paralizie generală și a găsit, în cinci din ele, alterații de tip hipofuncțional, dar care nu ajungeau pînă la abolirea funcției glandulare.

El a considerat glanda ca fiind normală în alte cazuri.

În unul din cele în care era alterată, existau vezicule mici și fără coloid, separate printr-o masă mare de țesut conjunctiv infiltrat de celule mici. Într-un al doilea caz, există un proces atrofic.

Autorul nu face descrierea celorlalte cazuri.

Perrin de la Touche și Dide studiază glanda tiroidă la cinci bolnavi de paralizie generală. Greutatea a fost de 12, 20 g (trei cazuri și 19 g. La patru din acești bolnavi existau alterații sclerotice. Într-un singur caz, autorii citați n-au notat nici o alterație.

Ramadier și Marchand au examinat glanda tiroidă în 12 cazuri de paralizie generală. Greutatea a fost de 22, 12, 11, 14, 13, 36, 20 și 15 g. Din punct de vedere microscopic, numai într-un singur caz (cel cu greutatea de 36 g), glanda a părut normală. În celelalte, autorii au găsit alterații variabile, ca scleroza glandei, atrofia veziculelor, descuamarea celulelor etc. alterații existînd fie singure, fie combinate între ele.

Schmiergeld (65) a examinat tiroida în cinci cazuri de paralizie generală. De trei ori a constatat vezicule mici cu îngrămădiri de celule în țesutul conjunctiv interstițial. Într-un alt caz, veziculele erau, dimpotrivă, foarte mult dilatate și afară de aceasta se mai observau vase limfatice conținînd coloid. Asemenea modificări vasculare existau și în cele trei cazuri precedente. În sfîrșit, într-un caz, glanda părea normală.

Zalla la rîndul său a examinat tiroida în șase cazuri de paralizie generală. Greutatea a fost de 38 g (2 cazuri), de 16,50 g (2 cazuri) și de 14 g (2 cazuri). Pe lîngă alterații sclerotice mai mult sau mai puțin pronunțate, acest autor a notat alterații foarte frecvente ale celulelor epiteliale, care par orînduite în mod neregulat, desprinse de peretele vezicular și răspîndite în masa coloidă. Această descuamare celulară nu lipsea decît într-un singur caz în care boala avea o vechime de numai 20 de luni.

Laignel-Lavastine (66) a notat la cîțiva bolnavi aspectul vasoparalitic al tiroidei.

Garbini a studiat de asemenea tiroida, în 5 cazuri de paralizie generală. El nu dă greutatea organului. Studiul microscopic a indicat alterații scleroase în 4 cazuri, cu modificări variabile ale veziculelor în două din aceste cazuri (dilatări, descuamare celulară).

Unul din noi a redat examenul glandei tiroide în 11 cazuri de paralizie generală (cel din urmă cu A. Marie). Alterațiile sînt variabile de la un caz la altul : scleroză, ectazie vasculară, dilatarea veziculelor, descuamație celulară, coloid bazofil, mare abundență de granulații lipoidice în celule. Aceste alterații nu au de altfel nimic constant nici specific.

Pe lîngă acestea, a citat greutatea glandei tiroide în 42 de cazuri de paralizie generală, găsind cifrele următoare : 80, 50, 35, 40, (5 cazuri), 35, 32, 30 (8 cazuri), 28, 26, (3 cazuri), 25, 24, 22, 20 (9 cazuri), 18 (2 cazuri), 15 (2 cazuri), 14 (2 cazuri), 12 și 11 g. Media era de 27,52 g. Din numărul total, se găsesc 18 cazuri în afara limitelor normale, din care 10 peste 30 g și 8 sub 20 g.

Pe un număr total de 117 cazuri (personale sau din literatură), în care glanda tiroidă a fost cîntărită, a găsit media de 23,52 g, care este în limite normale.

În 10 cazuri noi de paralizie generală, găsim greutățile următoare : 37 (2 cazuri), 36, 33, 0, 25, 24, 21, 14, 13. Media totală, la 128 de cazuri, era de 23,44 g.

Dacă cercetăm proporția glandelor cu greutatea normală în raport cu celelalte, găsim printre cazurile noastre personale, dintr-un număr de 53 de cazuri : 14 trecînd de 30 g și numai 10 sub 20 g.

Din cele 17 cazuri ale lui Ramadier și Marchand, Schmiergeld și Zalla, se găsesc 4 cazuri trecînd de 30 g, 6 între 20 și 30 g și 7 sub 20 g.

Din acest punct de vedere, cifrele citate de Volberg se depărtează simțitor de ale noastre și de ale celorlalți autori. Dar această lucrare fiind relativ veche, trebuie poate să se facă rezerve cu privire la autenticitatea unora din date.

Așadar, se poate considera că în paralizia generală, cazurile în care greutatea tiroidei este inferioară celei normale sînt în minoritate, față de cele în care aceasta este normală sau mai mare.

Din punct de vedere clinic, amintim că în forma juvenilă a acestei boli există o stare de infantilism. Joffroy (67), la un asemenea bolnav în vîrstă de 28 de ani, a notat persistența cartilajelor de conjugare, precum și o creștere de 1 cm pe lună sub influența tratamentului tiroidian. Kraepelin, Régis, A. Marie au observat de asemenea cazuri de paralizie generală juvenilă cu oprire în dezvoltare.

Într-un caz pe care l-am studiat cu Urechia (68), nu existau tulburări nete de tipul infantilismului. Totuși, din unele puncte de vedere (menstruație tardivă — la 19 ani — , persistența timusului), cazul observat putea fi apropiat de acesta din urmă.

În observația citată, tiroida cîntărea 25 g și era formată din vezicule pline de cantități mari de coloid. Celulele aveau aparența endotelioidă. Granulațiile lipoidice erau abundente.

Menționăm aici obezitatea paraliticilor generali, care ar putea avea eventual o origine tiroidiană. Studiul glandei în patru cazuri de această formă, din care unul publicat de Obregia și Urechia (69), nu pare să confirme o asemenea ipoteză.

În sfîrșit, am studiat, din punct de vedere microscopic, glanda tiroidă în 18 cazuri noi de paralizie generală, a căror descriere o dăm mai jos.

J.T.H., de 46 de ani. Primit în ospiciu la 11. VIII. 1911. Moare la 10. XI. 1912. Paralizie generală.

În antecedente, sifilis și alcoolism. Statură înaltă. Constituția robustă. Aderența lobulilor urechilor. Sprîncene groase, fără îmbinare. Inegalitate și rigiditate pupilară. Carie dentară. Tremurături ale mușchilor feței, limbii, degetelor. Ușoară exagerare a reflexelor tendinoase. Dizartrie. Tulburări importante ale memoriei și calculului mintal. Incoerență în idei. Scăderea afectivității. Nu are delir.

Tiroida 20 g, constituită mai cu seamă din foliculi mijlocii, cei mari și mici fiind și ei destul de numeroși. De obicei cei mici și mijlocii au o formă regulată și rotunjită. Coloidul este în general eozinofil ; totuși se observă cîteva mici vezicule cu conținut net hematoxilinofil. În unele vezicule, se observă foarte numeroase celule descuamate. Blocurile hematoxilinofile în coloidul eozinofil sînt rare. Forma acestor blocuri este relativ regulată, apropiindu-se de cea circulară. Cea mai mare parte a celulelor sînt de tip endotelioid. Nucleii sînt în majoritate mici, de obicei intens colorați, rareori palizi. Granulațiile lipoidice sînt abundente, mai ales

în celulele descuamate. Se observă spaţii cu conţinut coloid în interstiţiile veziculelor. Ţesutul conjunctiv uşor proliferat în unele regiuni.

Într-o regiune a secţiunii, se observă vezicule cu peretele plesnit şi coloidul ieşit afară, înconjurînd din două părţi celulele parietale; în alte vezicule se văd o parte din aceste celule înotînd prin extremitatea lor liberă în coloidul cavităţii veziculare, şi avînd o înfăţişare festonată.

M.L. de 37 de ani. Paralizie generală. Primit în serviciu la 14. VI. 1908. Moare la 7. III. 1912, de pneumonie gazoasă lobară stîngă.

Bolnav din vara 1907. Inegalitate pupilară. Exagerarea reflexelor tendinoase. Tremurături. Dizartrie foarte pronunţată. Facies astenic. Scădere puţin accentuată a atenţiei, dar foarte marcată a memoriei de fixare. Delir de bogăţie şi mărire.

Tiroida : 28 g. Majoritatea veziculelor au dimensiuni medii şi mici ; dar un număr destul de mare prezintă o ectazie evidentă ; au forma regulată. Coloidul s-a colorat în roz-violet închis. Unele vezicule au conţinutul net hematoxilinofil. Blocurile de această coloraţie în coloidul eozinofil sînt rare. În unele vezicule se observă numeroase celule descuamate. Ele sînt cubice în cea mai mare parte a foliculilor, dar destul de frecvent se întîlnesc şi forme turtite ; conţin abundente granulaţii lipoidice. Nucleii în general mici, granuloşi, normal coloraţi. Dar se observă şi alţii atrofici, intens şi uniform coloraţi. Se observă şi celule descuamate şi foarte bogate în granulaţii lipoidice. Unele din cele care înoată în coloid sînt tumefiate şi mult mai mari decît celelalte. Nu există scleroză. Nu se observă paţii sau canale conţinînd coloid, nici ectazie vasculară.

C.F., de 45 de ani. Paralizie generală. Primit la 11.XI. 1912. Moare după 6 zile. Bolnavul ar fi prezentat un delir paranoid.

Tiroida : 25 g, este reprezentată mai ales prin vezicule ectaziate şi.chiar foarte dilatate. Coloidul a luat o coloraţie roz-violet. Printre veziculele mari, se observă şi altele mici, puţin numeroase. În acestea din urmă, coloidul este net hematoxilinofil. Se observă şi blocuri hematoxilinofile în coloidul veziculelor mari. Celulele sînt în majoritate turtite, conţinînd abundente granulaţii lipoidice, nucleii sînt bogaţi în granulaţii. O uşoară scleroză disociază organul, izolînd foliculii unul de altul. În unele regiuni se observă capilare dilatate şi pline cu sînge.

D.M., de 42 de ani. Intrat în serviciu la 10. XI. 1912. Moare de pneumonie la 16. I. 1913. Sifilis la 20 de ani ; bolnav din 1912. Acţiuni dezordonate în timpul serviciului la căile ferate, unde fusese funcţionar. Statura : 1,68 m. Greutate : 51 kg. Asimetrie craniană. Sprincene neîmbinate. Facies apatic. Sistemul pilos facial bine dezvoltat. Cel de pe trunchi foarte abundent, abdomenul acoperit cu peri denşi, negri, lungi. Regiunea dorsală şi ea foarte păroasă. Inegalitate pupilară cu păstrarea reflexelor. Exagerarea reflexelor tendinoase, Uşor clonus la picior în partea dreaptă. Dizartrie. În lichidul cefalorahidian se găseşte reacţia globulinelor pozitivă.

Agitaţie continuă. Impulsiv. Orientarea destul de bună. Calculul mintal greşit numai pentru cifrele mai mari. Atenţia destul de bună. Scăderea memoriei. Neîngrijit. Delir de mărire şi bogăţie.

Tiroida : 37 g, prezintă vezicule de dimensiuni şi forme variabile ; unele sînt lungi, altele poliedrice sau rotunde. Coloidul, în general, eozinofil ; se găsesc însă blocuri hematoxilinofile într-un mare număr de vezicule. Celulele în general sînt net endotelioide. Cele descuamate sînt frecvente. În multe regiuni se observă degenerescenţe nucleare (necropsia a fost efectuată două ore după moarte) ; astfel se observă nuclei coloraţi mai mult sau mai puţin omogen ; alţii par tumefiaţi şi cu granulaţii, în grămezi neregulate ; alţi nuclei sînt palizi, cu contururi neregulate. Cei normali par excepţionali. Granulaţiile lipoidice nu sînt abundente în celulele parietale. Ele sînt mult mai frecvente în cele descuamate. Se observă în mai multe locuri capilare dilatate şi pline cu sînge. Nu există scleroză.

S.J. Primit în serviciu în ziua de 26. VI. 1912. Moare la 6.I. 1913, de scleroză cardio-renală şi infarct pulmonar stîng. Tiroida : 38 g, constituită mai cu seamă din vezicule mici. Dar se observă şi un număr de vezicule dilatate şi chiar foarte dilatate. Se găsesc de asemenea altele extrem de mici. Forma este variabilă, cele mari fiind poligonale, cele mici rotunjite. Coloidul este eozinofil, dar se găsesc, şi vezicule răsleţite cu un conţinut net hematoxilinofil. Într-o veziculă, conţinutul a luat un colorit roş - cărămiziu. La o mărire mai puternică s-a putut vedea că aceasta, se datoreşte prezenţei hematiilor. Într-alta, în care conţinutul s-a colorat în violet-roz, se observă de asemenea corpusculi cu o formă mai mult sau mai puţin neregulată, dar care prin aspectul şi dimensiunile lor reamintesc hematiile. Aceste formaţiuni sînt colorate în violet şi credem că estevorba de hematii cu reacţii tinctoriale intervertite.

Celulele descuamate sînt rare ; la fel. blocurile hematoxilinofile. Celulele sînt cubice, dar joase şi pe alocuri sînt chiar endotelioide. Granulaţiile lipoidice sînt destul de abundente, mai cu seamă în celulele descuamate. Se observă un mare număr de capilare ectaziate şi pline cu sînge. Ţesutul conjunctiv nu este proliferat.

V.V., Paralizie generală. Boala lui Pott. Primit la 1.I. 1909. Moare în 16. I. 1913, în urma a numeroase accese epileptiforme (stare de rău comiţial). Tuberculoză pulmonară şi laringiană. Debutul bolii în luna decembrie, 1908, cu nelinişte şi delir de mărire.

Greutate : 38 kg. Cifoză dorsală. Cocoaşă sternală. Limfocitoză arahnoidiană abundentă. Tremurături ale degetelor şi ale limbii. Inegalitate şi pareză a pupilelor. Exagerarea reflexului rotulian. Nu prezintă dizartrie. A avut o „zona" toracică. Faţă fără expresie. Scăderea memoriei şi atenţiei. Dezorientat. Confuz. Calcul mintal slab. Delir de mărire.

Tiroida : 21 g. Majoritatea veziculelor sînt dilatate, multe chiar foarte dilatate. Coloidul este în general eozinofil. Se observă un conţinut granulos într-un oarecare număr de vezicule. În unele din ele, există blocuri hematoxilinofile. Celulele sînt uşor turtite dar nu endotelioide; conţin abundente granulaţii lipoidice. În numeroşi foliculi se observă o bogată descuamare celulară. În altele peretele a plesnit şi una din extremităţi înoată în coloidul care s-a revărsat în ţesutul interstiţial. Se observă foarte numeroase capilare ectaziate formînd pe alocuri o adevărată reţea în jurul veziculelor. Scleroză moderată care izolează veziculele unele de altele.

O.P., de 52 de ani. Paralizie generală. Primit în serviciu în ziua de 15. V. 1908. Moare în 9. I.1913 în urma unor numeroase accese convulsive.Tulburările au apărut cîtva timp înaintea internării bolnavului. La ospiciu, s-a notat inegalitatea şi rigiditatea pupilelor. Exagerarea reflexelor tendinoase. Tremurături ale muşchilor faciali şi ale limbii. Dizartrie. Scăderea sensibilităţii. Limfocitoză arahnoidiană. Faţă fără expresie. Tulburări importante ale memoriei de fixare. Scăderea atenţiei. Deficienţă în orientare şi calcul, chiar pentru cifrele mici. Foarte irascibil. Fără delir.

Tiroida : 13 g, constituită în cea mai mare parte din vezicule mici : dar se găsesc şi altele mijlocii, şi chiar dilatate, însă destul de rare. Coloidul în general eozinofil. Numai în rare vezicule, din cele mai mici, acesta arată o reacţie hematoxilinofilă. În unele vezicule mici, precum şi în cîteva din cele mari, se observă celule descuamate. Unele au o înfăţişare omogenă şi sînt colorate cu hematoxilină. Coloidul conţine de asemenea hematii colorate în acelaşi mod. În celulele peretelui vezicular şi în cele descuamate, se observă foarte numeroase granulaţii şi mici picături lipoidice. Uşor grad de scleroză care disociază glanda în unele regiuni, izolînd veziculele unele de altele În mai multe locuri există canale conţinînd coloid. Nu se află capilare ectaziate.

A.Z., de 43 de ani. Paralizie generală. Primit la 19. VIII.1911. Moare la 17. IX. 1912. Sifilis în antecedente. Debut aparent în luna martie 1911. Greutate : 57 kg. Inegalitate pupilară, cu scăderea reflexelor. Exagerarea celor tendinoase. Tremurături ale limbii şi ale degetelor. Dizartrie pronunţată. Puncţia lombară arată reacţia globulinelor pozitive. Tulburări în memorie şi orientare. Modificări patologice ale somnului. Calcul mintal păstrat. Bulimie. Impulsivitate. Nu are delir.

Tiroida : 37 g, apare constituită din vezicule de dimensiuni variabile, cea mai mare parte conţinînd coloid cu reacţii tinctoriale normale. Se observă totuşi în unele coloid hematoxilinofil sau blocuri hematoxilinofile în masa eozinofilă. Se observă destul de numeroase celule descuamate ; în multe locuri veziculele au plesnit şi coloidul s-a revărsat în ţesutul interstiţial unde formează canale şi chiar lacuri mari.

În cea mai mare parte din vezicule, celulele sînt turtite, luînd chiar înfăţişarea endotelioidă. În acestea din urmă, nucleii înt lungiţi şi puternic coloraţi. Se observă totuşi şi celule cubice cu nuclei ovulari. În unele regiuni se văd nuclei degeneraţi, retractaţi, cu forme neregulate şi picnomorfism. Granulaţiile lipoidice sînt puţin abundente. În mai multe zone există capilare ectaziate, deşi procesul nu este prea pronunţat.

M.P, de 40 de ani. Paralizie generală. Primit la 1. II. 1911. Moare la 22. VII. 1911, cu hemoragie meningee. Primele manifestări vădite ale bolii în luna mai 1910.

Inegalitate pupilară, dar păstrarea reflexelor. Exagerarea reflexului rotulian. Tremurături. Obezitate. Dizartrie. Confuzie. Incoerenţă. Ecolalie.

Tiroida : 20 g, constituită din vezicule de dimensiuni variabile, din care unele dilatate, altele mici. Se pare că veziculele mijlocii şi mici sînt în majoritate. Coloidul s-a colorat în roz, şi din loc în loc, în roz-violet prin hematoxilină-eozină. Blocurile hematoxilinofile sînt rare.

Celulele descuamate, dimpotrivă, sînt frecvente. Celulele au forma cubică. Granulaţiile lipoidice nu sînt prea numeroase. Nucleii au dimensiuni variabile, dar fără alteraţii vădite. Nu se observă alteraţii vasculare în preparatele noastre. Uşoară scleroză.

J.D., de 36 de ani. Primit în ospiciu la 10. VIII. 1912. Moare la 14. IX., acelaşi an. Statura : 1,75 m ; greutatea, 61 kg. Paralizie generală şi tabes. Copil natural, crescut la oraş. Tăgăduieşte sifilisul. A băut alcool. Tulburările mintale ar fi apărut în luna iunie 1912. Slab şi palid.Acrocefalie. Devierea vîrfului nasului spre dreapta. Inegalitate pupilară cu semnul Argyll-Robertson. Carie dentară. Tremurături ale limbii şi ale degetelor. Abolirea reflexului rotulian, ahilian, plantar şi abdominal. A avut dureri fulgerătoare în membrele inferioare. Semnul lui Romberg.

Din punct de vedere psihic, notăm tulburări în memoria de fixare şi în orientarea în timp. Destul de bine orientat în spaţiu. Calculul mintal nu este mult alterat. Delir de mărire şi de bogăţie.

Tiroida : 25 g, prezintă o enormă scleroză ale cărei benzi de ţesut conjunctiv dens disociază organul în pseudolobuli. În interiorul acestora izolează şi depărtează veziculele unele de altele. Dimensiunile veziculelor sînt foarte variabile, căci se întîlnesc vezicule dilatate, chiar şi chistice, precum şi numeroase vezicule mici. Cele dintîi predomină în unele regiuni, iar în altele se întîlnesc mai cu seamă cele mici fără coloid. În majoritatea veziculelor coloidul este eozinofil. Totuşi se întîlneşte un număr destul de apreciabil de vezicule, mai cu seamă din cele mici, cu conţinut hematoxilinofil. Celulele din peretele vezicular sînt în general cubice cu nuclei rotunjiţi, granuloşi cu o granulaţie mai voluminoasă decît celelalte (nuclei). Celulele descuamate nu sînt frecvente. În unele vezicule se observă o revărsare hematică. Celulele veziculelor conţin numerose granulaţii sau picături lipoidice. Se observă numeroase capilare sanguine foarte dilatate şi pline de sînge. În mai multe locuri se găsesc de asemenea vase limfatice conţinînd coloid.

P.M., de 47 de ani. Primit în serviciu în ziua de 4. X. 1911. Moare la 17. IV. 1912. Paralizie generală. Sifilis şi alcoolism la ascendenţi. Primele tulburări aparente în luna aprilie 1912. Pupile egale. Exagerarea reflexelor tendinoase. Tremurături. Puncţie lombară : reacţia globulinelor pozitivă. Tulburări mintale pronunţate. Scăderea memoriei şi a atenţiei. Dezorientat în timp şi spaţiu. Are aparenţa deprimată. Vorbeşte puţin. Totuşi manifestă idei de bogăţie

Tiroida : 33 g, este constituită mai ales din vezicule mici, chiar şi foarte mici. O scleroză vădită izolează grupuri de vezicule dînd secţiunii o aparenţă lobulată. Înăuntrul acestor pseodolobuli, ţesutul conjunctiv este mai puţin proliferat Celulele de tip endoteloid sînt foarte bogate în substanţe lipoidice. Numeroase celule descuamate, bogate şi ele în granulaţii lipoidice. Nu se observă spaţii interstiţiale cu conţinut coloid.

A.P., de 42 de ani. Observaţia amănunţită a acestui bolnav a fost publicată de unul din noi cu Obregia şi Urechia [1]). Reţinem că era vorba de un paralitic general, obez greutate 83 kg, care avusese sifilis şi uzase de alcool. Primele tulburări mintale în 1909. Delir de bogăţie şi mărire, acte de violenţă etc.

Tiroida : 25 g, constituită mai ales din vezicule mici şi mijlocii. Coloidul s-a colorat în roz-violet. Foarte numeroase celule descuamate precum şi numeroase hematii în vezicule, hematii din care unele sînt colorate prin hematoxilină. Celulele au o formă cubică în vezicule mici şi mijlocii, ele sînt turtite, endotelioide în cele mari. Nu se observă vezicule cu conţinut net hematoxilinofil. Uşoară scleroză care disociază organul în pseudolobuli şi izolează în aceştia din urmă veziculele unele de altele. Într-o regiune, am găsit în ţesutul conjunctiv un focar de infiltraţie celulară, mai cu seamă cu limfocite ; acestea sînt adesea deformate, cu nuclei palizi, cu contururi şterse. Dar se găsesc şi rare polinucleare. Am întîlnit de asemenea cîteva celule cu granulaţii eozinofile. Pe alocuri, se observă capilare uşor dilatate şi pline cu sînge. În celule se observă abundente granulaţii lipoidice.

F.R., de 45 de ani. Primit în ospiciu la 26. VI. 1912. Moare la 10. IX acelaşi an. Paralizie generală. Greutate : 51,500 kg. Puncţie lombară. Reacţia globulinelor pozitivă în lichidul cefalorahidian.

Tiroida : 24 g, este constituită din vezicule cu volum variabil, încît se pot întîlni regiuni unde cea mai mare parte a cîmpului microscopic este ocupată de vezicule mari, iar în altele, cele mici şi mijlocii predomină. Forma lor este neregulată, mai mult sau mai puţin rotunjită, turtită etc. Coloidul este eozinofil în majoritatea veziculelor. Totuşi în cîteva vezi-

[1]) Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, 1912, nr. 6.

cule mici, coloidul este net hematoxilinofil. În acest caz nu s-au observat blocuri hematoxilinofile în coloidul eozinofil. Celulele descuamate sînt relativ rare. Celulele au forma cubică, nuclei granuloşi care prezintă reacţii tinctoriale normale. Ţesutul conjunctiv, mult proliferat, împarte glanda în pseudolobuli şi în acestea din urmă izolează veziculele unele de altele. Capilarele sînt mult dilatate şi pline cu sînge. Granulaţiile lipoidice sînt abundente, mai cu seamă în cele cîteva celule descuamate.

J.S., de 40 de ani. Paralizie generală. Primit la 30. IV. 1912. Moare la 28. VIII din acelaşi an. Sifilis, cu 5 sau 6 ani în urmă. Primele manifestări cerebrale importante în luna februarie 1912. Statura : 1,71 m, greutatea 57 kg. Craniu turtit lateral. Sprîncene îmbinate. Asimetrie facială şi a bolţii palatine. Alteraţii dentare. Dinţii rămaşi sînt slab implantaţi. Exagerarea reflexelor tendinoase. Clonus al rotulei, mai cu seamă în dreapta. Uşor stepaj de aceeaşi parte. Inegalitate pupilară. Semnul lui Argyll-Robertson. Scăderea auzului. Hiperalgezie. Dizartrie pronunţată. Reacţia glubulinelor pozitivă în lichidul cefalorahidian.

Din punct de vedere psihic, este deprimat. Stă în pat, înfundat sub plapumă. Scăderea memoriei şi a atenţiei. Tulburări în orientare. Vorbeşte singur. Nu are delir al măririlor sau al bogăţiei. Tendinţă la furt. Bulimie. Somnul bun.

Tiroida : 26 g. Cea mai mare parte din vezicule sînt mici. Se găsesc şi un număr relativ puţim însemnat de vezicule mijlocii, precum şi cîteva vezicule mari. Coloidul pare alterat mai în toate veziculele ; în cele mai mari, face impresia unei substanţe puţin consistente şi este colorat în roz-violet deschis. În unii din aceşti foliculi, se întîlnesc blocuri hematoxilinofile înconjurate de o zonă eozinofilă colorată mai intens decît restul conţinutului coloid.

În veziculele mijlocii şi mici, întîlnim o substanţă coloidă colorată în roz net sau roz-violet şi în ea unul sau mai multe blocuri hematoxilinofile de volum variabil, care ocupă uneori aproape toată vezicula şi alteori numi o unică porţiune din centrul ei. În mai multe locuri se observă celule descuamate. Se observă chiar vezicule pline numai cu astfel de celule, deci fără conţinut. coloid. În altele, conţinutul este reprezentat prin hematii colorate în violet deschis, coloidul fiind de asemenea absent. În unele vezicule mari, se observă formaţiuni cu granulaţii colorîndu-se prin hematoxilină, dar nu se observă nuclei. Sînt,după cît se pare, celule descuamate alterate. Alături de acestea din urmă, se observă celule descuamate recent şi mai puţin alterate, precum şi hematii. Cea mai mare parte din celulele peretelui vascular sînt cubice cu nuclei mici, regulaţi şi bogaţi în granulaţii. În unele celule, se observă granulaţii de pigment brun. În veziculele fără coloid, nucleii sînt alteraţi, cu granulaţii mai puţin numeroase. Forma acestor nuclei este modificată, colţuroasă, dreptunghiulară etc. Granulaţiile lipoidice sînt destul de numeroase în celulele peretelui. Ele sînt foarte numeroase în celulele descuamate.

O scleroză foarte pronunţată disociază organul în pseudolobuli şi în aceştia din urmă izolează veziculele unele de altele. Se observă vase cu peretele îngroşat şi numeroase vase dilatate si pline cu sînge.

A.C. Paralizie generală. Tiroida : 20 g, este constituită mai cu seamă din vezicule mari, dar se găsesc şi vezicule mici şi mijlocii.

Coloidul eozinofil. Celule descuamate, relativ frecvente. În cîteva vezicule, se observă blocuri hematoxilinofile puţin voluminoase. Epiteliul veziculelor este turtit sau chiar net endotelioid. Nucleii sînt turtiţi şi intens coloraţi. Se observă numeroase granulaţii lipoidice precum şi vase dilatate. Nu există scleroză.

D.H., de 30 de ani. Primit în ospiciu la 30 IV. 1912. Moare la 13. VIII. 1912. Reacţia globulinelor în lichidul cefalorahidian pozitivă. Paralizie generală.

Greutate : 59 kg. Statură înaltă. Ar fi avut odată, convulsii, la vîrsta de 4 ani.Debutul aparent al tulburărilor psihice în septembrie 1911. Craniu asimetric. Sistemul pilos dezvoltat abundent, pe faţă, cap, trunchi şi membre. Dinţii în bună stare. Tremurături fibrilare ale limbii. Exagerarea reflexelor tendinoase, ale membrelor superiorare şi a reflexului rotuljan. Reflexele ahiliene foarte scăzute. Reflexul plantar diminuat. Cremasterianul şi cutanatul abdominal păstrate. Pierde urina şi fecalele. Se ţine cu greu pe picioare.

Tulburări de sensibilitate. Inegalitate pupilară. Dizartrie.

Din punct de vedere psihic, s-a notat o puternică scădere a memoriei. Tulburări însemnate în orientare, citire şi scriere. Euforie. Delir de mărire şi bogăţie.

Tiroida : 30 g, este constituită mai cu seamă din vezicule mijlocii, dar se găsesc şi unele mari, chiar uşor dilatate. Pretutindeni coloid eozinofil. Aproape în toate veziculele coloidul apare ca vacuolizat.

Vreo două, trei vezicule sînt complet lipsite de coloid, acesta fiind înlocuit prin celule descuamate. Se găsesc de asemenea cîteva vezicule pline cu hematii. Celulele descuamate, numeroase în unele vezicule, lipsesc complet în altele.

În multe vezicule, peretele a plesnit iar coloidul s-a revărsat în afară, astfel încît porțiuni din perete apar înotînd în coloidul care le înconjură din toate părțile. În alte regiuni, cu toate că peretele veziculei este întrerupt în mai multe locuri, aceasta își păstrează conturul regulat și ambele ei fețe vin în contact direct cu coloidul dinăuntru și dinafară. În sfîrșit, în altă regiune, coloidul revărsat în afară infiltrează țesutul conjunctiv scleros și îi dă o aparență omogenă.

Celulele sînt cubice, dar nu înalte ; în veziculele mari ele ajung să ia aparența endotelioidă. Granulațiile lipoidice, în acest caz, par mai puțin numeroase decît de obicei. Cea mai mare parte din nuclei sînt atît de intens colorați încît nu se mai observă granulațiile dinăuntrul lor, alții sînt reduși la simple urme, abia putînd fi recunoscuți. Nucleii de formă și colorație normală sînt foarte rari. Țesutul conjunctiv este proliferat și în unele locuri formează fascicule groase, iar în altele nu face decît să despartă veziculele unele de altele. Se observă un mare număr de canale cu conținut coloid.

P.M., de 42 de ani. Paralizie generală. Primit în serviciu în ziua de 7. VII. 1912. Moare la 7. I. 1913,de hemoragie meningee și tuberculoză pulmonară. Sifilis la antecedenți. Începutu aparent al bolii mintale în luna aprilie 1912, deci evoluție în mai puțin de un an. Statura : 1,75 m ; greutate : 52,500 kg. Dinții slab implantați și cariați. Inegalitate pupilară, reflexe leneșe. Exagerarea reflexelor tendinoase. Clonus la piciorul drept și rotulă. Dizartrie.

Stă culcat toată ziua. Nu vorbește mai de loc și nu face aproape nici o mișcare. Slăbirea memoriei, atenției, a calculului mintal. Orientarea în timp și spațiu foarte defectuoasă. Delir de mărire și bogăție. Halucinații vizuale. Bulimie.

Tiroida : 14 g, constituită mai cu seamă din vezicule mici și mijlocii. Dar se găsesc și mari ușor dilatate. Forma lor este neregulată în ce privește pe cele mari și mijlocii, și este rotundă la cele mici. Nu se observă blocuri hematox linofile, dar se găsesc celule descuamate în coloid. Aceste celule colorate prin hematoxilină sînt destul de abundente în unele vezicule. Celulele care au forma endotelioidă au și nucleii turtiți. Granulațiile lipoidice nu sînt prea abundente. Nu se constată scleroză. Printre grupurile de vezicule, se observă spații alungite căptușite cu nuclei cu înfățișare endotelială și conținînd substanță coloidă. Pe alocuri, aceste spații sînt goale, poate din cauza unui artificiu de preparație ce a desprins coloidul dinăuntrul lor. Nu există ectazie capilară.

F.J., de 47 de ani. Paralizie generală. Primit în serviciu la 16. III. 1910. Moare la 11. I. 1912, de o pneumonie dreaptă. Primele tulburări mintale evidente în luna octombrie 1909. Pupile inegale, leneșe. Scăderea reflexelor tendinoase. Dizartrie. Tremurături ale limbii și ale membrelor superioare. Semnul lui Biernaky. Reacția globulinelor pozitivă. Din punct de vedere psihic, fața fără expresie. Orientarea în timp deficientă ; mai bine orientat în spațiu. Calculul mintal relativ bun. Delir de mărire și bogăție.

Tiroida : 28 g, constituită mai mult din vezicule mici, dar se observă și destul de numeroase vezicule mai mult sau mai puțin ectaziate.

Coloidul, în general, eozinofil, conține, pe alocuri, blocuri hematoxilinofile. Dar nu se observă vezicule cu conținut în întregime hematoxilinofil. Veziculele au forma rotunjită sau ovalară și în majoritate mai mult sau mai puțin regulată. În mai multe din ele se observă celule descuamate. În acest caz, veziculele sînt lipsite de substanță coloidă. Unele din celule sînt umflate și rotunjite, și o parte au o structură vacuolară. În mai multe vezicule se observă hemoragii. Celulele care căptușesc veziculele mici sînt în general cubice, dar nu înalte, și sînt endotelioide în cele mari și în parte din cele mici. Nucleii, în general, sînt mici și intens colorați ; substanța intergranulară este colorată și ea, dar se observă totuși granulații nucleare abundente. În mai multe locuri, se observă capilare ectaziate. Se observă și o scleroză, discretă. Colorația cu scharlach arată în celulele veziculelor granulații lipoidice mai mult sau mai puțin abundente, după regiuni. Granulațille nu sînt net colorate în roșu, ci au luat o colorație castanie, iar unele sînt aproape incolore, deosebindu-se numai prin refringența lor.

După cum se vede din această descriere, alterațiile tiroidiene sînt destul de frecvente în paralizia generală. Totuși ni se par mult mai puțin însemnate decît în alte boli mintale, și mai ales mai puțin importante decît în epilepsie.

Glandele a căror greutate este sub normală sînt în minoritate, iar greutatea medie oscilează între limite normale.

De curînd, Stern, studiind predispoziția la tabes și la paralizia generală, a susținut că această predispoziție rezultă dintr-o tulburare pluriglandulară, în care insuficiența sau nestabilitatea tiroidiană își are partea ei. Problema este foarte importantă, dar este nevoie să mai fie studiată. Cercetările noastre nu ne îngăduie pînă în prezent să afirmăm că insuficiența glandei tiroide joacă un rol important în predispoziția la paralizia generală; cît despre instabilitatea tiroidiană, problema este încă și mai greu de studiat.

Oricum ar fi, semnalăm, cu Stern, raritatea asocierii paraliziei generale cu sindromul lui Basedow (2 cazuri), fapt ce merită cu atît mai mult să ne rețină atenția cu cît asocierea aceluiași sindrom cu tabesul este mai curînd frecventă.

Volberg, Zalla au ridicat problema unei legături între evoluția paraliziei generale și starea glandei tiroide. Sîntem de părere că această legătură există probabil, dar pînă în prezent, nu credem că este cu putință să fim mai afirmativi.

Socotim că ar fi cel puțin prematur să afirmăm, cu Volberg, existența unei relații între evoluția rapidă a paraliziei generale și dimensiunile reduse ale glandei tiroide.

O altă problemă interesantă care rămîne de adîncit este aceea a raporturilor dintre nuanța delirului și starea glandei tiroide; acest aspect precum și întreaga orientare a delirului depind în mare parte de starea afectivă a bolnavului și aceasta este în relație cu glanda tiroidă.

Am ridicat aceeași problemă cu privire la pelagră și la psihozele afective. Dar și aici, mai cu seamă cînd este vorba de paralizie generală, este mai bine să punem întrebarea căci problema este foarte complicată, alterațiile creierului, intensitatea și localizarea lor, sistemul simpatic, în sfîrșit, funcția altor organe, putînd să influențeze starea afectivă a subiectului și orientarea delirului său.

Cercetări chimice și fiziologice asupra tiroidei paraliticilor vor trebui să fie întreprinse în lucrările viitoare.

GLANDA TIROIDĂ LA IDIOȚI ȘI IMBECILI

În 7 cazuri cu „forme frenastenice" (idioție, imbecilitate), Amaldi a notat de șase ori (deci 86%) starea de insuficiență tiroidiană, în cinci cazuri alterațiile fiind atît de grave încît funcțiunea putea fi considerată ca abolită. În unul din aceste 5 cazuri el a găsit o atrofie foarte gravă, în alte două o atrofie absolută a părții glandulare cu hiperplazie vădită a țesutului conjunctiv.

Perrin de la Touche și Dide au comunicat două cazuri de idioție, din care unul cu tiroida de 30 g și celălalt (porencefalie) de 26 g. Au notat procese de scleroză cu leziunea veziculelor în primul caz.

În două cazuri de imbecilitate, glandele cîntăreau 13 și 15 g și prezentau insule mici de scleroză.

În 2 cazuri de idioție (11 și 20 de ani), Ramadier și Marchand au găsit greutatea tiroidei de 10 g în primul caz și de 16 g în al doilea. Scleroză difuză în ambele cazuri, cu mici chiste coloide în cel din urmă.

Într-un caz de imbecilitate, glanda cîntărind 21 g, prezenta scleroză difuză, coloidul era puțin abundent, numeroase vezicule fiind atrofiate.

Într-un caz de idioție congenitală la un bărbat de 65 de ani, tiroida, studiată de Zalla, prezenta o scleroză considerabilă, veziculele erau foarte mici și pe alocuri fără coloid. Greutatea organului era de 17 g.

La un idiot cu oprire în dezvoltarea membrelor inferioare, care suferise de pleurezie stîngă cu tuberculoză pulmonară înaintată, glanda cîntărea 37 g, și era constituită din vezicule extrem de dilatate (în cea mai mare parte) și care conțineau coloid hematoxilinofil. Celulele erau foarte turtite.

Garbini a examinat tiroida în trei cazuri de idioție fără epilepsie și a găsit de două ori o scleroză pronunțată a veziculelor mici și coloid puțin abundent. În al treilea caz, scleroza lipsea, veziculele erau dilatate, cu celulele turtite și coloidul în cantitate mare, inegal colorat.

În două cazuri de idioție (16 și 24 de ani), unul din noi a găsit greutatea tiroidei de 18 și respectiv 20 g. Glanda examinată numai în ultimul caz a arătat o mare ectazie capilară. Veziculele conțineau coloid colorabil în roz-violet prin hematoxilină și în galben-roz prin Van Gieson. Se mai observau de asemenea vase limfatice conținînd coloid.

Într-un caz de idioție mongoloidă, Marinescu a găsit procese de scleroză ale corpului tiroid, vase dilatate și aspect embrionar al unor vezicule, în timp ce altele conțineau coloid. Bourneville, în 5 cazuri din aceeași afecțiune, nu a găsit alterații tiroidiene.

Greutatea medie a glandei tiroide în idioție (9 cazuri) a fost găsită de unul din noi 19,26 g. În imbecilitate, 21,33 g. Din 12 cazuri de idioție, tiroida a fost găsită de patru ori în limitele normale pentru vîrsta adultă, de șapte ori sub aceste limite, și o singură dată superioară acestor limite. Dar printre cifrele mai mici de 20 g, cîteva cazuri priveau pe copii. Din 5 cazuri de imbecilitate, greutatea glandei a fost găsită superioară normalei de patru ori, și sub normală de trei ori.

Din punct de vedere chimic, Monery a găsit în glanda tiroidă a unui imbecil microcefal și criptorhid numai 0,116 mg de iod.

Din punct de vedere clinic, fără să mai vorbim de idioția mixedematoasă, amintim că Gordon (70) a găsit tiroida nepalpabilă, la un bolnav suferind de o formă specială de idioție amaurotică.

Bolnavul era criptorhid și cu polidactilie. Sora acestui bolnav, suferind de aceeași formă de idioție (a pierdut vederea la 13 ani), prezenta o hipertrofie a corpului tiroid. Autorul crede că idioția amaurotică ar putea să fie în legătură cu tulburările endocrine, iar Savini (71) este și el de aceeași părere.

Unul din noi a comunicat observația unui copil idiot, fiul unei basedowiene. Același lucru în cazul a doi bolnavi, copii ai unei basedowiene. (Cazul lui Richardson (72)). Bourneville a obținut rezultate bune prin tratamentul tiroidian, nu numai în idioția mixedematoasă, dar și în alte cazuri de idioție, cel puțin din punct de vedere somatic. Léopold

Lévi şi H. de Rothschild (73) au obţinut rezultate bune prin acelaşi tratament din punct de vedere psihic şi somatic, la trei copii înapoiaţi.

Mai amintim că Lugaro a propus tiroidectomia în tratamentul idioţiei morale.

Dăm acum descrierea cazului pe care am putut să-l studiem :

C.P., de 14 ani. Idioţie. Primit în serviciu la 27. XI. 1910. Moare la 2. VIII. 1912, de tuberculoză pulmonară. Născut dintr-o legătură nelegitimă. A suferit de varicelă în copilărie. Boala lui psihică este congenitală. Bolnavul de statură înaltă, slab. Capul mic. Fruntea îngustă. Pavilioanele urechilor depărtate de craniu în unghi drept. Genu valgum. Reflexele tendinoase normale.

Bolnavul are înfăţişarea tristă. Răspunsurile sale sînt lente şi cu glas scăzut. Nu-şi cunoaşte vîrsta. Dezorientat în timp şi spaţiu. Cunoaşte monedele obişnuite.

Glanda tiroidă : 8,50 g. La microscop apare constituită din vezicule mici şi mijlocii. Vezicule dilatate se întîlnesc rar. Coloidul prezintă reacţii tinctoriale normale şi conţine vacuole care par a se datora unui artefact produs de fixator. În unele locuri, peretele vezicular a plesnit şi coloidul s-a revărsat în afară. Celulele descuamate sînt puţin abundente. Se găsesc rare blocuri hematoxilinofile mai mult sau mai puţin rotunjite în masa coloidului eozinofil. Nu se găsesc vezicule cu conţinut net hematoxilinofil. Celulele au aparenţa endotelioidă, cu nuclei alungiţi, turtiţi. Ele conţin granulaţii lipoidice destul de abundente. Granulaţiile nucleare par mai fine decît de obicei. Se găsesc spaţii (limfatice ?) ramificate, ce conţin coloid. Ţesutul conjunctiv nu pare să fie mai abundent decît de obicei. Se observă vase cu peretele îngroşat.

În rezumat, alteraţiile tiroidiene nu sînt rare la idioţi şi imbecili. Idioţia mixedematoasă şi aceea din cretinism, după cum şi starea de imbecilitate a unor cretini, se leagă direct de insuficienţa tiroidiană.

În alte cazuri, raporturile idioţiei cu alteraţiile tiroidiene sînt mai greu de explicat. Criptorhidia şi alte simptome observate la idioţi pot să aibă unele raporturi cu insuficienţa tiroidiană. Criptorhidia poate să dispară prin tratamentul tiroidian Apert (74), Parhon şi Mihăilescu (75).

Dar, dacă insuficienţa tiroidiană poate să influenţeze dezvoltarea somatică şi psihică şi să explice unele fenomene observate la idioţi, trebuie să ne întrebăm dacă alteraţia creierului nu poate, la rîndul ei, să aibă o înrurire asupra stării anatomice şi funcţionale a glandei tiroide ?

Este rolul cercetătorilor să arate în ce măsură şi în ce mod ar putea interveni alteraţiile cerebrale.

GLANDA TIROIDĂ ÎN DEMENŢA SENILĂ

Amaldi a studiat glanda tiroidă în 28 de cazuri de demenţă senilă. El a găsit-o alterată în 19 cazuri, deci într-o proporţie de 68%. Nu dă greutatea organului şi nici o descriere amănunţită a leziunilor. Alteraţiile par să fi fost intense, funcţia glandei putînd să fie adesea considerată ca abolită complet sau aproape complet.

Perrin de la Touche şi Dide au studiat tiroida, în patru cazuri de demenţă senilă şi într-un caz de delir de prejudiciu, presenil. Greutatea glandei a fost respectiv de 12, 25, 10, 18, şi 15 g.

În primul caz, la un bolnav suferind în acelaşi timp de obezitate şi de coree cronică, se notează o scleroză difuză în toată glanda ; scleroză cu infiltraţie celulară şi alteraţii veziculare în al doilea caz ; scleroză cu infiltraţii veziculare mai puţin accentuate în cazul al treilea şi al cincilea şi fără alteraţii veziculare în al patrulea caz.

În două cazuri, raportate de Ramadier și Marchand, tiroida cîntarea 15 și 16 g. Din punct de vedere histologic s-a notat o scleroză pronunțată cu numeroase vezicule atrofiate, în celelalte vezicule coloidul fiind dispus în mod neregulat. În al doilea caz, glanda nu părea alterată la microscop.

În 7 cazuri ale lui Zalla, greutatea tiroidei a fost de 25 g (de două ori), 23, 21, 17, 14 și 13 g. În unul din aceste cazuri structura tiroidei părea aproape normală. În celelalte 6 rămase, ea a fost în mod constant alterată. Se găsea mai cu seamă o scleroză, mai mult sau mai puțin intensă, cu dilatație extremă a veziculelor și coloid foarte abundent.

Garbini, în trei cazuri de demență senilă, a notat procese de scleroză, variabile ca intensitate și ca dispoziție. Într-un caz, coloidul era puțin abundent. În altul se găseau vezicule atrofice cu coloid puțin abundent, alături de altele unde această substanță se găsea în cantitate mare. În cazul al treilea, coloidul era în cantitate mică, celulele turtite și slab colorate. Autorul nu menționează greutatea organului.

Unul din noi, în nouă cazuri de demență senilă, găsește greutatea de 32 g (un caz); 20 g în șapte cazuri și 18 g (un caz). Media acestor cazuri este de 21, 11 g și media totală (cu cazurile mai sus-citate în care s-a dat greutatea tiroidei) de 19,52 g, cifră care se apropie de limita normală inferioară.

De asemenea, unul din noi a examinat tiroida în 4 cazuri de demență senilă, și cu A. Marie, într-un al cincilea caz de demență senilă și absentism. În unul din aceste cazuri, veziculele erau mici; în celelalte patru erau dilatate ca și în cazul lui Zalla. În ambele cazuri unde colorația electivă pentru lipoizi a fost utilizată, se observă o cantitate mare din aceste substanțe. Scleroza nu a fost notată decît în două din cinci cazuri.

Raportăm acum studiul corpului tiroid în trei cazuri noi de demență senilă. Greutatea glandei a fost de 59, 18 și 20 g. Făcînd media greutății glandei în cele 26 de cazuri pentru care posedăm cifre (cazuri personale sau ale autorilor citați), găsim cifra de 20,22 g.

Dacă se compară greutatea glandei în cazurile precedente, se găsește că această greutate era superioară cifrelor normale în 2 cazuri, normală în 13 cazuri și sub limita normală în 11 cazuri. Aceste fapte ar arăta, după cît ni se pare, că o predispoziție tiroidiană congenitală sau de dată veche nu pare să intervină adesea în patogenia demenței senile.Ceea ce nu înseamnă că glanda tiroidă nu intervine în această demență. Dimpotrivă, ni se pare probabil că un oarecare grad de insuficiență tiroidiană intervine frecvent — poate totdeauna — în patogenia senilității (și a bătrîneții normale), precum și în patogenia demenței senile, care nu pare decît o exagerare a procesului senilității.

De altfel, din punct de vedere clinic, se observă adesea în demența senilă, după cum dovedesc observațiile pe care le raportăm noi — fenomene putînd deștepta ideea unei tulburări în funcțiunea tiroidiană (alterații dentare, osoase, tulburări ale sistemului pilos etc.).

Unele alterații ca atrofie, scleroză, conduc bineînțeles la insuficiența tiroidiană. În același sens pare că ar trebui interpretată și ectazia vezicu-

lară notată de Zalla și frecvent observată de noi înșine, căci este vorba în aceste cazuri de o tulburare de resorbție a secreției tiroidiene, asemănătoare cu aceea care se observă în gușele chistice.

Creșterea substanțelor lipoidice, pe care am notat-o de mai multe ori, are o valoare mai discutabilă.

Să dăm acum descrierea celor 3 cazuri noi ale noastre.

S.D., de 62 de ani. Demență senilă. Primit în ospiciu în ziua de 1.XII.1910. Moare la 12.I.1912. Primele tulburări mintale devin aparente în luna august 1910. Vorbește incoerent și vagabondează. Părul este rar, sprîncenele foarte rare în treimea lor externă. Urechile au formă neregulată cu lobulii aderenți. Reacțiile pupilare slabe. Scăderea reflexelor tendinoase. Slăbirea memoriei, atenției, raționamentului. Tulburări în orientare.

Tiroida : 59 g, constituită din vezicule de toate dimensiunile, unele fiind chiar ectaziate. În unele regiuni, majoritatea veziculelor sînt mici, chiar foarte mici, în altele, predomină cele mari. În unele vezicule, coloidul s-a colorat cu hematoxilină mai puternic decît de obicei, fără a fi totuși net hematoxilinofil. Blocurile hematoxilinofile nu sînt numeroase și nu se găsesc decît în veziculele mari. Celulele sînt cubice și, pe alocuri, endotelioide, în parte descuamate. Se găsesc numeroase granulații lipoidice. Nucleii sînt cu dimensiuni variabile și colorați în mod neegal, unii mai intens, alții mai slab. Ușoară scleroză, numai în unele regiuni. Vasele sînt îngroșate. Într-o parte a secțiunii se observă hemoragii. În interstițiile dintre unele vezicule, mai cu seamă între cele mici care și-au păstrat de altfel integritatea, se observă spații neregulate care le înconjură, conținînd o substanță omogenă, care s-a colorat în același fel ca și coloidul. În sfîrșit, notăm, în mai multe locuri, dilatări chistice ale veziculelor.

R.E,. de 56 de ani. Demență senilă. Primele tulburări psihice cu 15 ani în urmă, începînd prin slăbirea memoriei și prin acțiuni violente. Greutate 31,200 kg. Sprîncene îmbinate. Prognatism al maxilarului superior. A pierdut toți dinții. Asimetria urechilor cu aderența lobulilor. Țesutul adipos aproape absent, iar țesutul muscular foarte redus, astfel încît oasele se conturează cu ușurință. Exagerarea reflexelor rotuliene. Reflexele ahiliene și plantare normale. Pupilele reacționează slab. Nu există inegalitate. Scăderea sensibilității tactile și termice. Tremurături în tot corpul. Pulsul mic și slab. Nu se poate ține pe picioare. Face impresia de a fi mult mai în vîrstă decît este în realitate. Vorbește mereu despre lucruri de neînțeles. Dezorientare completă în timp și în spațiu. Nici nu înțelege întrebările noastre. Nu ne poate spune numele obiectelor obișnuite. Nu cere nimic. Mănîncă dacă i se dă. Somn neîntrerupt. Se scoală noaptea. Cîntă etc.

Tiroida : 18 g, este constituită mai ales din vezicule mici, apoi vin cele mijlocii și, la urmă, cele mari. În unele regiuni totuși, acestea predomină. Forma veziculelor este circulară sau ovalară, dar conturul lor este totdeauna rotund, și nu unghiular. Glanda prezintă o aparență lobulată, din cauza fasciculelor groase de țesut conjunctiv dens care o străbat.

Veziculele au epiteliul cubic sau endotelioid ; acestea din urmă par a fi cele mai frecvente. Celulele conțin numeroase granulații lipoidice, care sînt puse în evidență prin colorația cu scharlach. Coloidul nu este net eozinofil, și pe lîngă aceasta, înăuntrul lui, se observă picături colorate intens, prin hematoxilină, și din care unele, prin dimensiunile lor, amintesc de celulele descuamate. Se observă și blocuri hematoxilinofile neregulate în masa coloidului violaceu. Pe lîngă acestea, veziculele mijlocii conțin mai toate coloid hematoxilinofil, nerămînînd decît la periferie un cerc colorat, ceva mai puțin intens. În unele vezicule, se găsesc granulații lipoidice împrăștiate sau aglomerate. Credem că acestea din urmă reprezintă celule descuamate în degenerescență granulo-grăsoasă. Granulațiile împrăștiate ar proveni, pe cît se pare, din dezintegrarea acestora.

Țesutul conjunctiv foarte abundent, fîșii groase de țesut conjunctiv scleros izolează grupe de vezicule formînd pseudolobuli și, pătrunzînd apoi sub formă de fascicule mai subțiri, izolează veziculele unele de altele. În numeroase locuri ale secțiunii, se întîlnesc în țesutul conjunctiv celule cu forme variate, alungite, rotunjite etc. conținînd granulații pigmentare de o culoare castanie mai mult sau mai puțin închisă.

S.R., de 80 de ani. Primită în ospiciu la 23.III.1911. Moare la 19.XI.1912. Demență senilă. Greutate în martie 1911 : 58 kg, la 16.III.1912 : 45 kg. Părul rar alb. Slăbirea vederii. Tegumente zbîrcite, dinții aproape toți căzuți. Țesuturile celulo-adipos și muscular foarte reduse. Slăbirea auzului. Pilozitate discretă a buzei superioare. Bărbia mică prezintă peri rari. Puls rar, intermitent. Scăderea reflexelor rotuliene. Merge aplecată, cu pași mărunți.

Slabă orientare în timp şi în spaţiu. Amnezie antero- şi retrogradă extrem de pronunţată. Afazie amnezică. Bolnava nu-şi mai dă seamă de lucrurile cele mai elementare, ca de exemplu numărul zilelor unei săptămîni. Irascibilă. Fabulaţie. Îşi pierde lucrurile şi le caută mereu. Somnul agitat şi de scurtă durată.

Tiroida : 20 g, este alcătuită din vezicule din care majoritatea sînt enorm dilatate şi de formă neregulată. Unele vezicule comunică cu cele învecinate, peretele intermediar fiind rupt. În mai multe locuri se observă mari insule de ţesut conjunctiv, în care se văd numeroase vezicule cu dimensiuni variabile, dar în general mici, mai toate rotunjite sau alungite şi despărţite prin mari spaţii de ţesut conjunctiv. Într-o regiune a secţiunii, ţesutul conjunctiv apare infiltrat cu o substanţă mai mult sau mai puţin omogenă, care disociază şi îndepărtează fibrilele şi celulele conjunctive. Ţesutul conjunctiv din această regiune se deosebeşte foarte net de fasciculele de ţesut conjunctiv dens din celelalte regiuni şi care izolează, acolo, veziculele unele de altele.

În alte regiuni se observă foarte numeroase vezicule mici îngrămădite unele în altele, şi conţinînd o cantitate redusă de coloid. Uneori, se observă grămezi celulare difuze, fără a constitui vezicule nete. Ţesutul, conjunctiv este aici puţin abundent. În interstiţiile veziculelor mari se observă de asemenea numeroase vezicule mici. Coloidul a luat o coloraţie roz-violetă deschis. În cîteva vezicule coloidul este net hematoxilinofil. Se observă şi celule descuamate, bogate în granulaţii lipoidice. Celulele veziculelor sînt cubice sau endotelioide, cu granulaţii lipoidice în cantitate moderată.

În general, ţesutul conjunctiv este abundent în această glandă. El formează insuleţe şi fîşii groase unde se observă mici formaţii veziculare. Peretele vaselor este îngroşat.



Numeroasele cazuri studiate în această lucrare, precum şi cercetările altor autori, stabilesc frecvenţa alteraţiilor tiroidiene în bolile mintale.

Cu excepţia cîtorva alteraţii rare (alteraţiile canceroase, de ex.), la alienaţi se găsesc cea mai mare parte din modificările prin care tiroida poate să se depărteze de la tipul normal.

Din punct de vedere macroscopic, glanda poate să prezinte o creştere sau o scădere de volum şi de greutate ; poate să prezinte dilatări chistice vizibile cu ochiul liber. Ţesutul conjunctiv poate să fie proliferat astfel ca scleroza să fie evidentă fără ajutorul microscopului. În sfîrşit, gradul mai mult sau mai puţin accentuat al dilataţiilor vasculare determină coloraţia glandei, mai închisă sau mai deschisă. Şi hemoragiile pot fi constatate macroscopic, dacă nu sînt prea reduse.

Microscopic, se pot întîlni, izolat sau în acelaşi timp, alteraţii ale parenchimului şi ale ţesutului interstiţial. Veziculele pot fi prea mici sau, dimpotrivă, vădit dilatate. Forma lor poate fi rotundă sau neregulată, peretele fiind dantelat etc.

Conţinutul lor poate să sufere variaţii în consistenţă şi reacţie, fiind uneori mai puţin consistent şi luînd atunci o coloraţie acidofilă mai puţin intensă. În această împrejurare se observă în multe cazuri şi o aparenţă neregulată reticulată a coloidului, datorită desigur reactivilor fixatori. Prezenţa vacuolelor în coloid, conţinînd sau nu granulaţii, ar reprezenta poate un artificiu de preparaţie. Coloidul mai concentrat se colorează mai intens. Într-un mare număr de cazuri, el ia o coloraţie bazofilă. Alteori se observă picături bazofile sau blocuri mai mult sau mai puţin neregulate luînd această coloraţie. Foarte adesea se observă în acelaşi timp un proces de descuamare a celulelor din peretele foliculilor, celule care se rotunjesc, se umflă, şi în care nu se mai deosebeşte nucleul de protoplasmă celulară, întreaga celulă devenind mai mult sau

mai puțin omogenă și luînd o colorație bazofilă. Am avut impresia în multe cazuri că coloidul bazofil provine în mare parte din acest proces de descuamare și transformare celulară.

Cantitatea mare de coloid destinde veziculele și, în acest caz, epiteliul peretului se găsește turtit, avînd aparență endotelioidă. Celulele conțin uneori granulații pigmentare. Granulațiile lipoidice ale celulelor sînt uneori crescute (demența senilă etc.). Mai rar, ele sînt mai puțin numeroase decît de obicei. Nucleii, turtiți și ei în veziculele ectaziate, pot fi uneori palizi cu granulații puțin numeroase sau mici, retractați, și în stare de picnomorfie.

În unele cazuri, supraproducția coloidului determină plesnirea peretelui vezicular și ieșirea coloidului afară din vezicule. În acest caz, se poate vedea o parte din perete cufundat în coloid.

Alteori, se observă mici vezicule lipsite de coloid sau grămezi celulare fără ordine precisă. În asemenea cazuri, este vorba fie de procese atrofice, fie de procese generatoare. Structura intimă a celulelor îngăduie să precizăm mai mult într-un sens sau în celălalt, natura modificării.

Țesutul interstițial poate să fie infiltrat de mici celule (leucocite sau hematii). Acestea din urmă se pot întîlni uneori și în vezicule. Alteori, țesutul conjunctiv este proliferat și benzile de scleroză străbat glanda separînd pseudolobulii. Destul de des îi disociază și pe aceștia din urmă, izolînd veziculele unele de altele.

Uneori aceste fîșii, par umflate, datorită unui proces de infiltrație sau de degenerescență. În acest caz, ele se colorează mai puțin bine decît în stare normală.

Scleroza începe deseori în vecinătatea vaselor. Peretele acestora din urmă poate fi sclerozat el însuși și uneori atins de infiltrație lipoidică.

Capilarele sînt de multe ori dilatate și injectate cu sînge, astfel încît rețeaua capilară perivezicularǎ se arată extrem de distinct. Canalele limfatice se găsesc adesea destinse de coloid.

Valoarea acestor diferite alterații nu este totdeauna ușor de precizat. Credem, împreună cu Zalla, că dilatarea veziculelor cu turtirea celulelor duce mai curînd la o stare de hipofuncție. În același sens, trebuie să se interpreteze alterațiile atrofice ale veziculelor care cuprind o cantitate prea mică de coloid sau unde această substanță lipsește. Veziculele cu conținut hematoxilinofil par de asemenea să fie în stare de repaus sau de insuficiență funcțională.

Este mai greu să ne dăm seama de valoarea exactă a unei mari acumulări de granulații lipoidice sau pigmentare.

Revărsarea coloidului afară din vezicule este poate un semn de supraproducere, așadar de hiperactivitate. Resorbția lui de către limfatice ar putea exagera cantitatea de substanță tiroidă a sîngelui.

Încărcarea limfaticelor fără plesnirea veziculelor ar indica, după cît se pare, tot o stare hiperfuncțională.

Scleroza duce desigur la o stare de hipofuncțiune, dar este greu de precizat ce grad trebuie să atingă pentru a determina o asemenea stare.

Vasodilatarea ar putea determina o exagerare a activității organului, dacă și alte condiții favorabile sînt de asemenea realizate.

Studiul microscopic al glandei tiroide ridică deci un număr de probleme care merită să rețină atenția și să facă obiectul unor noi cercetări.

Greutatea glandei tiroide nu este aceeași în diferitele psihoze și comparînd-o se obțin rezultate foarte interesante.

Rezumăm în tabloul alăturat greutatea medie a tiroidei în diferite psihoze, clasînd în același timp, după diagnostice, numărul de cazuri în care greutatea oscilează între limitele normale (20—30 g după Laignel-Lavastine) sau se află sub sau peste aceste limite.

Diagnostic	Numărul cazurilor	Greutatea medie g	Repartizarea cazurilor după greutatea glandei pe diagnostice		
			sub 20 g	între 20 și 30 g	peste 30 g
Psihoze afective	18	30,83	3	7	8
Delir cronic	5	27	3	1	1
Demență cronică . . .	43	22,89	22	11	10
Confuzie mintală . . .	12	19,47	7	3	2
Epilepsie	49	16,77	32	14	3
Alcoolism	22	21,04	12	8	2
Pelagră	31	27,25	12	11	8
Paralizie generală . . .	53	20,44	10	29	14
Idioție	12	19,25	7	4	1
Imbecilitate	5	21,33	3	0	2
Demență senilă	26	20,22	11	13	2

Examinarea acestui tablou arată faptele următoare: Din toate psihozele, numai cele numite afective prezintă o greutate medie a glandei tiroide superioară celei normale (76)[1]. Pelagra, delirurile cronice, paralizia generală, demența precoce, imbecilitatea, alcoolismul, demența senilă au cifre medii care se orînduiesc în mod descrescînd, în limitele normale. Dimpotrivă, pentru confuzia mintală, idioție și epilepsie, se găsesc cifre inferioare acestor limite. Este drept că cifrele medii ale confuziei mintale și ale idioției nu se depărtează prea mult de la limita inferioară normală, iar pentru idioție trebuie să se țină seamă și de faptul că unele din cazurile care au servit la fixarea acestor cifre medii nu priveau pe adulți.

Nu se poate spune același lucru despre epilepsie, în care greutatea mijlocie coboară cu cîteva grame sub limita inferioară normală.

Studiul comparativ al greutății relative a glandei tiroide în diferitele psihoze, arată că numai în cele afective există în majoritatea cazurilor, o greutate superioară limitei normale și într-un număr minim de cazuri

[1]) Foarte recent a apărut o lucrare a lui Art. Gorrieri, *Contributo all'anatomie patologica di alcune ghiandole a secrezione interna in alcune forme di malattia mentale*, Riv. spec. di freniatria, vol. XXXXIX, fasc. 2, 1913. Găsim acolo următoarele greutăți medii pentru tiroidă în cîteva psihoze. Demență senilă 22 g, epilepsie 18,5 g, demență precoce 18 g, alcoolism 34,3 g, psihoză maniaco-depresivă 24 g. Dar greutatea medie de 34 g în alcoolism se datorește faptului că, în unul din cele cinci cazuri ale autorului, glanda conținea chisturi calcificate, de unde rezultă greutatea sa de 93 g. Dacă se face — așa cum trebuie — abstracție de acest caz, greutatea medie în alcoolism rămîne (în observațiile lui Gorrieri) de 18,25 g. Așadar tot în psihoza maniaco-depresivă greutatea medie este cea mai mare.

o greutate inferioară acesteia. Astfel este confirmată relația menționatelor psihoze cu glanda tiroidă, relație pe care am discutat-o mai sus.

Paralizia generală, psihoză esențial exogenă (de natură sifilitică), prezintă în majoritatea cazurilor, greutatea glandei tiroide în limite normale. Aceleași condiții se găsesc și în demența senilă. Dar aici, numărul cazurilor cu o greutate inferioară celei normale este mult mai mare decît în paralizia generală.

În toate celelalte psihoze, greutatea glandei tiroide este în majoritatea cazurilor inferioară celei normale.

Reținem deasemenea și numărul mare de pelagroși (8 din 31 de cazuri), la care greutatea glandei tiroide era superioară limitei normale.

S-ar părea într-adevăr că această boală exercită o acțiune hiperplaziantă asupra tiroidei.

Ne oprim aici cu aceste considerații. După cum se poate vedea, cercetările privind glanda tiroidă la alienați nu sînt lipsite de interes.

Va trebui ca în viitor să se studieze glanda și din punct de vedere chimic și experimental. De exemplu, să se experimenteze acțiunea macerațiilor de tiroide de alienați sau a substanțelor extrase din acestea, asupra animalelor.

Atare cercetări adăugîndu-se la cele făcute pînă în prezent, ar putea preciza și mai mult cunoștințele noastre asupra raporturilor glandei tiroide cu tulburările psihice.



Înainte de a termina, vom spune cîteva cuvinte despre rolul glandei tiroide în psihologia normală, rol pe care patologia mintală îl luminează în mare parte.

Trebuie să se admită înainte de toate că această glandă joacă un rol considerabil în psihogeneză. Idioția mixedematoasă dovedește acest fapt. Fără glanda tiroidă, orice civilizație ar fi absentă.

Specia umană, admițînd că s-ar mai putea perpetua, ar fi reprezentată numai prin cretini!

La adulți, acest organ influențează toate procesele psihice.

Mai întîi, viteza acestor procese este reglată, cel puțin în parte, de glanda tiroidă. Să ne amintim numai încetineala activității psihice a mixedematoșilor, și accelerarea sau labilitatea ei la basedowieni.

Pentru a fi precise, percepțiile au nevoie de o cantitate optimă de secreție tiroidiană; în psihozele basedowiene, ele sînt tulburate și halucinațiile sînt frecvente.

Se poate spune același lucru despre memorie, care este alterată în mixedem ca și în sindromul lui Basedow.

Rolul glandei tiroide în afectivitate este considerabil. Mixedematoșii sînt apatici, greu de înduioșat, în timp ce în sindromul lui Basedow se observă labilitatea bine cunoscută. Münzer (77) a insistat de curînd și el asupra importanței glandei tiroide în afectivitate.

Atenția, care în mare parte este în funcție de afectivitate, este greu de trezit în mixedem, în timp ce se deșteaptă cu ușurință, dar se fixează

cu greu în sindromul lui Basedow. Şi aici, tot o cantitate optimă de secreţie tiroidiană este necesară pentru a menţine echilibrul normal.

În sfîrşit, în acţiunile omeneşti — consecinţa oricărei activităţi psihice — glanda tiroidă intervine de asemenea. Mixedematoşii, a căror activitate mintală este greoaie şi lentă, nu pot concepe acţiuni de o oarecare importanţă; în sindromul lui Basedow, labilitatea psihică nu îngăduie stăruinţa, statornicia, calităţi fără de care orice activitate rămîne sterilă sau aproape.

Şi aici este nevoie de o secreţie tiroidiană optimă, pentru ca funcţia să se exercite cît mai bine.

Funcţia somnului, care se alătură de funcţiile psihice, este influenţată şi ea de glanda tiroidă.

N-avem decît să ne amintim insomnia basedowienilor şi somnolenţa mixedematoşilor.

Putem deci trage concluzia că toate funcţiile psihice sînt influenţate şi reglate în mare parte, prin activitatea glandei tiroide (78).

НОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У УМАЛИШЕННЫХ

(КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ)

Автор описывает щитовидную железу у умалишенных на основе гистопатологического исследования 50 случаев, а также на основе литературных даниых.

Указывается, что эта железа играет важную роль в нормальной психической жизни, а ее поражения приводят к очевидиым психическим изменениям, как это наблюдается при базедовой болезни, микседеме, терапевтической гипертиреоидизации.

Точно так же поражения щитовидной железы часто наблюдаются у умалишенных.

Нормальный весом щитовидной железы прннято считать 20 — 30 г.

При аффективных психозах поражеиия щитовидной железы особенно отчетлнвы. Так, например, в 18 случаях аффективных психозов средиий вес железы был 30, 83 г, т. е. превышал верхний предел нормы.

Из этих случаев у 7 больных вес был нормальным, у 3 — ниже нормального и у 8 — выше нормального.

Точно так же в 86 случаях психозов, сопровождавшихся базедовой болезнью, было определено 23 случая мании, 16 случаев меланхолии, 18 случаев сочетания манни и меланхолии. Кроме того, было отмечено 10 случаев психастении и 6 случаев истерии, т. е. болезней, при которых нарушеиия аффективности весьма сильно выражены.

Отмечаются также частые аффективные психозы у женщин, появления этих психозов во время менопаузы и т. д.

Приводятся также литературные данные относительно аффективности опотерапии посредством препаратов щитовидной железы.

В 5 случаях хронического бреда средний вес щитовидной железы был равен 27 г.

В 43 случаях раннего слабоумия средний вес равнялся 22,85 г, т. е. находился в пределах нормы.

Поражения щитовидной железы наблюдаются часто и либо создают определенное предрасположение, либо вызываются той же причиной, что и психические нарушения.

В 16 случаях спутанности сознания средний вес железы достигал лишь 19,47 г, т. е. был ниже нормального минимума. При этом синдроме, повидимому, имеется известная степень гипотиреоза.

При эпилепсии средний вес железы, установленный на 60 случаях, равнялся 16,77 г, т. е. был ниже нормального минимума. Изменение функции щитовидной железы в ту или иную сторону наблюдается часто. Тиреоидная опотерапия иногда дает очевидные результаты, а в других случаях приводит к ухудшению.

При алкоголизме средний вес, установленный на 22 случаях, достигал 21,04 г, т. е. находился в пределах нормы: ниже 20 г в 12 случаях, между 20 и 30 г в 8 случаях и выше 30 г в 2 случаях. Следовательно, в 14 случаях вес железы находился вне нормальных пределов. Повидимому, алкоголь оказывает более сильное токсическое действие при гипертиреозе.

Средний вес щитовидной железы у пеллагрозных больных (31 случай) оказался равным 27,25 г, т. е. находился близко к верхнему пределу нормы. В исследованных случаях постоянно наблюдались микроскопические повреждения.

При прогрессивном параличе средний вес щитовидной железы, установленный на 128 случаях, равнялся 23,44 г. Поражения железы отмечались часто. Нельзя придти к какому-либо определенному заключению относительно обусловливаемого тиреоидными расстройствами предрасположения к этому психозу.

У идиотов и имбецилов поражения щитовидной железы встречаются весьма часто (микседематозная идиотия, кретинизм). В 12 случаях идиотии найден средний вес в 19,25 г).

В 5 случаях имбецильности найден средний вес в 21,33 г.

При старческом слабоумии в 26 случаях найден средний вес в 20,22 г. В патологии старческого возраста имеется известная степень недостаточности щитовидной железы.

Таким образом, только при аффективных психозах средний вес щитовидной железы превышает верхний предел нормы.

Пеллагра, хронический бред, прогрессивный паралич, раннее слабоумие, имбецильность, алкоголизм располагаются в нисходящем порядке в пределах нормы.

Спутанность сознания, идиотия, эпилепсия дают средние величины ниже нормального веса.

Указывается на тот факт, что поражения щитовидной железы при психозах весьма разнообразны.

Макроскопически наблюдаются увеличение или уменьшение объема, кистозные образования, разрастание соединительной ткани, расширение сосудов, кровоизлияния.

Микроскопические изменения затрагивают *паренхиму* — крупные или небольшие фолликулы неправильных очертаний, слущивание клеток, базофильный коллоид или же только базофильные глыбки (происходящие, вероятно, из слущенных клеток), липоидную зернистость, фолликулы без коллоида и т. п., или *строму* — клеточную инфильтрацию, склероз, приводящий иногда к диссоциации железы, гиперемию, расширение лимфатических сосудов.

С функциональной точки зрения некоторые из этих изменений связаны с **недостаточной** деятельностью органа (расширение фолликулов и сплющивание клеток, атрофический аспект, гематоксилинофильный коллоид, склероз, переходящий за известный предел).

Другие изменения связаны с гиперфункцией железы (выхождение коллоида наружу вследствие разрыва фолликулов, наполненные коллоидом лимфатические сосуды, расширение кровеносных сосудов и т. п.).

Щитовидная железа играет важную роль также и в нормальной психологии. Для нормальной психической деятельности необходимо оптимальное количество секрета щитовидной железы. Автор противопоставляет замедленную психическую деятельность микседематозных больных ускоренным психическим процессам больных базедовой болезнью. При указанных двух болезнях восприятие, память, аффективность также оказываются измененными в противоположных направлениях.

NOUVELLES RECHERCHES SUR LA GLANDE THYROÏDE, CHEZ LES ALIÉNÉS

(RÉSUMÉ)

Les auteurs étudient la thyroïde chez les aliénés en vertu de 50 observations faites au point de vue histopathologique, ainsi que sur les données de la littérature.

Ils démontrent que cette glande joue un rôle important dans la vie psychique et que ses altérations conduisent à des modifications psychiques évidentes, tout comme dans les cas de maladie de Basedow, de mixoedème, d'hyperthyroïdisation thérapeutique.

De même, les altérations thyroïdiennes sont fréquentes chez les aliénés.

Le poids de la thyroïde est de 20 à 30 g. C'est surtout dans les psychoses affectives que les altérations thyroïdiennes sont particulièrement évidentes. C'est ainsi que dans 18 cas de psychoses affectives, la moyenne du poids a été de 30,83 g, dépassant, par conséquent, la limite normale supérieure. Parmi ceux-ci, chez 7, le poids était normal, chez 3, sous-normal, chez 8, supérieur au normal.

Sur 86 psychoses associées à la maladie de Basedow on a observé 23 cas de manie, 16, de mélancolie, 18, de manie et mélancolie combinées. De même, il y eu 10 cas de psychasthénie et 6 d'hystérie, maladies où les troubles de l'affectivité sont marqués.

On fait également mention de la fréquence des psychoses affectives chez la femme, leur apparition à la ménopause, etc.

On expose les données de la littérature médicale sur l'efficacité de l'opothérapie thyroïdienne.

Dans les délires chroniques (5 cas), le poids moyen a été de 27 g.

Dans la démence précoce (43 cas), cette moyenne a été de 22,85 g (donc dans les limites normales).

Les altérations thyroïdiennes sont fréquentes et on peut les interpréter soit comme la marque d'une prédisposition, soit comme ayant une cause commune avec les altérations psychiques.

Dans la confusion mentale, la moyenne a été de 19,47 g (16 cas), donc au-dessous des limites normales. Il semble qu'il y a un certain degré d'hypothyroïdisme dans ce syndrome.

Dans l'épilepsie (60 cas), le poids moyen a été de 16,77 g donc toujours sous les limites normales. Une modification de la fonction thyroïdienne est fréquente dans les deux sens. L'opothérapie thyroïdienne a parfois des résultats évidents, mais d'autres fois elle aggrave la maladie.

Dans l'alcoolisme (22 cas), la moyenne a été de 21, 04 g, donc dans les limites normales (moins de 20 g dans 12 cas, entre 20—30 g dans 8 cas, plus de 30 g dans 2 cas). Dans 14 cas, sur 22, le poids de la thyroïde est, par conséquent, en dehors des limites normales. L'alcool est, peut-être, plus toxique chez les hyperthyroïdiens.

Le poids moyen de la thyroïde chez les pellagreux (31 cas) a été de 27,25 g, donc à la limite supérieure du normal. Dans les cas étudiés au microscope, les altérations ont été constantes.

Dans les 128 cas de paralysie générale, le poids moyen a été de 23,44 g. Les altérations ont été fréquentes. On ne peut conclure que les altérations thyroïdiennes créent une prédisposition à cette psychose.

Chez les idiots et les imbéciles, les altérations thyroïdiennes sont très fréquentes (idiotie mixoedémateuse, crétinisme).

Dans 12 cas d'idiotie, on a obtenu une moyenne de 12,25 g. Dans 5 cas d'imbécillité, une moyenne de 21,33 g.

Dans la démence sénile (26 cas), le poids moyen était de 20,22 g. Il y a un certain degré d'insuffisance thyroïdienne dans la pathologie de la sénilité.

En conclusion, au point de vue pondéral, ce n'est que dans les psychoses affectives que le poids moyen de la thyroïde dépasse la limite supérieure normale.

La pellagre, les délires chroniques, la paralysie générale, la démence précoce, l'imbécillité, l'alcoolisme se situent dans les limites normales en ordre décroissant.

La confusion mentale, l'idiotie, l'épilepsie ont des moyennes inférieures aux limites normales.

L'auteur démontre que les altérations thyroïdiennes dans les psychoses sont très variées :

Au point de vue macroscopique : volume augmenté ou diminué, dilatations kystiques, prolifération conjonctive, dilatation vasculaire, hémorragies.

Au point de vue microscopique, les altérations intéressent :

le parenchyme : des vésicules grandes ou petites à contour irrégulier, une desquamation cellulaire, un colloïde basophile ou seulement des blocs basophiles (provenant probablement des cellules desquamées), des granulations lipoïdiques, des vésicules sans colloïde, etc. ou *le stroma* : infiltration cellulaire, sclérose qui peut dissocier la glande, hyperémie, dilatation des lymphatiques.

Au point de vue fonctionnel, certaines de ces modifications se rattachent à l'insuffisance thyroïdienne : la dilatation des vésicules avec aplatissement des cellules, l'aspect atrophique, le colloïde hématoxylinophile, la sclérose qui dépasse un certain degré.

D'autres modifications sont liées à l'hyperfonction thyroïdienne, tels l'écoulement du colloïde au dehors des vésicules, qui ont éclaté, les lymphatiques pleins de colloïde, une vaso-dilatation, etc.

La glande thyroïde joue un rôle important dans la psychologie normale. Pour une activité psychique normale, une quantité optime de sécrétion thyroïdienne est nécessaire. Les auteurs opposent la bradipsychie des mixoedémateux à l'activité psychique accélérée des basedowiens. Les perceptions, la mémoire, l'affectivité sont modifiées en sens inverse dans ces deux affections.

BIBLIOGRAFIE

1. C. I. Parhon și D. Dan, *Asupra unui caz de ihtioză și debilitate mintală,* Comunicare la Soc. științelor medicale din București, ian. 1912.
2. C. I. Parhon, d-ra Mateescu și A. Țupa, *Experiențe asupra acțiunii serului de maniaci în melancolie și a serului de melancolici în manie,* Rev. neurol, 16 apr 1913, nr. 7.
3. Monéry, *La fonction iodée du corps thyroïde,* teză, Lyon, 1913.
4. Lévi et Rotschild, *Neurasthénie thyroïdienne,* Rev. neurol. C.R. du Congrès de Dijon, aug. 1908, p. 82.
5. — *Nouvelles études sur la physiologie-pathologie du corps thyroïde et des autres glandes endocrines,* Paris, Doin, 1913, p. 393.
6. — *La petite insuffisance thyroïdienne et son traitement,* Paris, Doin, 1913.
7. C. I. Parhon et Marbé, *Contr. à l'étude des troubles mentaux de la maladie de Basedow,* L'Encephale, 1906, nr. 5.
8. C. I. Parhon, *Despre un caz de melancolie cu hipertrofie tiroidiană în urma menopauzei.* Rev. neurol., 1906, nr. 14.
9. — *Cercetări asupra glandelor cu secreții interne în raportul lor cu patologia mintală,* București, 1910.
10. Delmas, *Troubles psychiques dans le goitre exophtalmique,* teză, Paris, 10 iun. 1909.

11. G a r b i n i, *Le ghiandole a secrezione interne nelle malattie mentali*, Manicomio provinciale dell'Umbria in Perugia, 1910.
12. S t r a n s k i, *Das manisch-depressive Irrsein* în *Handbuch für Psichiatrie*, Viena-Leipzig, Deuticke, 1911.
13. Z i e h e n, *Psychiatrie*, ed. aIV-a.
14. C. I. P a r h o n şi G o l d s t e i n, *Etat psychasthénique survenu chez une jeune fille épileptique à la suite du traitement thyroïdien, disparaissant par sa reprise*, Rev. neurol. 1908, nr. 1.
15. L é o p o l d L é v i et H. de R o t s c h i l d, *Nevrisme thyroïdien et hystérie. Etudes sur la physiopathologie du corps thyroïde et de l'hypophyse*, Paris, Doin, 1908, p. 387.
16. S t e rn, *Differential Diagnose und Verlauf der Morbus Basedowii*, Leipzig-Viena, Deuticke, 1909.
17. S a i n t o n, *Goitre exophtalmique*, în *Traité de médecine* de Brouardel-Gilbert, t. X, 1902.
18. A m a l d i, *La ghiandola tiroide negli alienati*. Riv. sperimentale di freneatria, 1897.
19. P e r r i n de la T o u c h e et D i d e, *Contr. à l'étude anat.- path. des thyroïdites chroniques*, Arch. de med. exp., 1904.
20. R a m a d i e r et M a r c h a n d, *La glande thyroïde chez les aliénés*, L'Encephale, 1908. nr. 8.
21. L é v i et R o t s c h i l d, *Corps thyroïde et émotions*, Paris, Doin, 1908 (Nouvelles études sur la physiopathologie du corps thyroïde et des autres glandes endocrines, nr. 8
22. G. G a u t h i e r, *Les Médications thyroïdiennes*, Paris, Baillière, 1902.
23. C. I. P a r h o n şi M i n e a, *Două cazuri de osteomalacie senilă*, Rev. ştiinţ. med., 1907, nr. 1.
24. M a r i n e s c u, C. I. P a r h o n şi M i n e a, *Contr. à l'étude de l'osteomalacie dans ses rapports avec les altérations des glandes endocrines*, Nouvelle iconographie de la Salpêtrière, 1911.
25. H o e n i c k e, *Über das Wesen der Osteomalacie*. Hochenschen Sammlung, Zwangl. Abhandl., aus den Gebite der Nerven und Geistes Krankh., 1905, vol. V, caiet, 45.
26. H a b e r k a n t, *Osteomalacie und Dementia precox*, Arch. für Psychiatrie, 1908.
27. S c h e e r, *Osteomalacie und Psychose*, Arch. für Psychiatrie und Nerven Krankheiten, 1913, vol. 51 şi 52
28. M u r a t o w, Revue russe de méd., n°. 3; analizat în Rev. neurol., 1907, p. 193.
29. B e n i g n i et Z i l l o c h i , *Due casi classificabili fra le demenze precoci*, Riv. sperimentale di freniatria, 1908, vol. XXIV, fasc. 1—2.
30. L a i g n e l-L a v a s t i n e, *Les troubles psychiques par perversion des glandes endocrines*, Rapport présenté au Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, Dijon, aug. 1908.
31. Z a l l a, *L'anatomie patologica della ghiandola tiroide nell epilepsia, nell'alcoolismo cronico e nella demenza precoce*. Riv. de patol. nervosa e mentale, 1910, an. XV, fasc. 12.
32. B e r k l e y a. F o l i s, *An Investigation Into the Merits of Thyroidectomy and Thyroleci Spin in the Treatement of Catatonia*, American Journal of Insanity, 1909, vol. LXV.
33. M-elle P a s c a l, *La démence précoce*, Paris, 1911.
34. F a u s e r, *Einige Untersuchungen, Ergebnisse und Klinische Ausblicke auf Grund der Abderhaldenschen Anschaungen und Methodik*, Deutsche med. Woch., 1912, nr. 53.
35. — *Weitere Untersuchungen (ziste) auf. Grund des Abderhaldenschen Dyalysierverfahrens*, Deutsche med. Woch., 1913, nr. 7.
36. — *Zur Frage des Vorhandenseins spezifischer Schutz-Fermente im Serum von Geisteskranken, Münch. med. Woch., 1913, nr. 11.*

37. Tenchini, *Sulla morfologia della ghiandola tiroide nei pazzi*, Riv. sperimentale di freniatria, 1908, vol. XXXIV.
38. Claude et Schmiergeld, *Etude sur dix-sept cas d'épilepsie au point de vue de l'état des glandes à sécretion interne*, in *C.R. du Congrès des méd. aliénistes et neurologistes de France, Dijon*, aug. 1908 et L'Encéphale, 1908.
39. Zalla, *Contr. à l'anatomie path. de la glande thyroïde et de l'hypophyse dans quelques maladies mentales et nerveuses*, L'Encéphale, oct. 1909, nr. 10.
40. C. I. Parhon, Dumitresco et M-elle Nicolau, *Recherches anatomiques, histologiques et chimiques sur le corps thyroïde dans l'épilepsie*, Rev. neurol., 30 aug. 1912, nr. 16.
41. Hertoge, *Paludisme et mixoedème*, Progrès medical, 1903, nr. 2.
42. Browning et Brooklyn, Journal of Nervous a. Mental Diseases, 1902, vol. XXIII, p. 610.
43. Jeandelize, *Insuffisance thyroïdienne et parathyroïdienne*, teză, Nancy, 1903.
44. Bastin, *Epilepsie thyroïdienne*, Rev. neurol, 1903., p. 835.
45. Delasiauve, *Phénomènes nerveux du goitre exophtalmique*, Soc. med. des hôpitaux, 1874.
46. Euzière et Margarot, *Hyperthyroïdie et syndrome épileptiforme*, Comunicare la Soc. des sciences médicales de Montpellier, 28 aug. 1913, Presse médicale, 14 iun., 1910, nr. 49.
47. Pioche, *Médication thyroïdienne dans l'épilepsie*, teză, Paris, 1905.
48. H. Claude, *L'Opothérapie uni- et pluriglandulaire comme adjuvant du traitement bromuré de l'épilepsie*, La Clinique, 26 apr. 1912.
49. Claude et Blanchetière, *Sur la teneur en iode de la glande thyroïde dans ses rapports avec la constitution anatomique de l'organe*, Journal de physiol. et de pathol. générale, iul. 1910, nr. 4.
50. Hoffmeister, *Exp. Untersuchungen über die Folgen des Schiedrüsenverlustes*, Beitr. zur Klin. Chirurg., 1894.
51. Prévost et Mioni, *Influence de l'enlèvement de la thyroïde chez les jeunes animaux sur les convulsions provoquées par les courants alternatifs*, C.R. de la Soc. de Biologie, 1905, t. 1, p. 69.
52. Parhon et Urechia, *Recherches sur l'influence des glandes endocrines sur l'excitabilité des centres nerveux*, Bull. de la Soc. de médecine mentale de Belgique, feb. 1913., nr. 166.
53. Vassale et Generalli, *Fonction parathyroïdienne et fonction thyroïdienne*, Arch. ital. de biol., 1900, fasc. I.
54. Lusena, Ref. în Rev. néurologique, 1900, p. 600.
55. Biedl, *Innere Sekretion*, Berlin-Viena, 1910.
56. De Quervain, *De l'influence de l'alcoolisme sur la glande thyroïde*, Semaine médicale, 1905, nr. 44.
57. Schmiergeld, *Lésions des glandes à sécretion interne dans deux cas d'alcoolisme chronique*, Arch. de méd. exp. et d'anat.-pathol; 1909, vol. XXI.
58. Garbini, *Le ghiandole a secrezione interna nell'avelenamento sperimentale cronico da alcool*, Annali del manicomio provinciale di Perugia, iul. - dec. 1911, an. V,
59. A. Marie et C. I. Parhon, *Note sur l'état des glandes à sécretion interne dans quelques cas d'aliénation mentale*, Arch. de neurol. iun., 1912, an. 34.
60. Carrière, în *C. R. du Congrès des méd. aliénistes et neurol. de France et des pays de langues française*, Dijon, 1—8 aug. 1908.

61. M i r o n e s c o, *Sur quelques lésions des glandes parathyroïdes chez les pellagreux*, C.R. de la Soc. de biol., 1908, p. 515.
62. A g o s t i n i, *Infantilismo distrofico e infantilismo mixedematoso da eredo pelagra*, Riv. di patol. nervosa e mentale, 1902, p. 621.
63. V o l b e r g, *Studii asupra alterațiilor glandei tiroide în paralizia generală*, teză, București, 1896.
64. F l o r i a n, *Contrib. la studiul opoterapiei tiroidiene*, teză, București, 1905.
65. S c h m i e r g e l d, *Les glandes à sécretion interne dans la paralysie générale*, L'Encéphale, 1907, nr. 2.
66. L a i g n e l - L a v a s t i n e, *Un traité internat. de psych. pathol.*, t. I, 1910.
67. J o f f r o y, *Paralysie générale juvenile chez un sujet de vingt trois ans. Persistance des cartilages épiphysaires des mains, des pieds*, L'Encéphale, nr. 7, p. 1.
68. C. I. P a r h o n et U r e c h i a, *Sur un cas de paralysie générale juvenile*, VI-e Congrès belge de neurologie et de psychiatrie, Bruges, 1911 et Journal de neurol., 1912.
69. O b r e g i a, P a r h o n et U r e c h i a, *Contribution à l'étude de l'obésité des paralytiques généraux*, Nouv. iconogr. de la Salpêtrière, 1910, nr. 6.
70. G o r d o n, New York med. Journal, 16 feb. 1907.
71. S a v i r i, *Beitrag zur Actiologie Pathogenese und pathol. Anatomie der Tay-sachsen familliären amaurotischen Idiotie*, Zeitschr. fur Kinderheilkunde, vol. VII, caiet. 5—6, 1913.
72. R i c h a r d s o n, *Indication for Thyroid Treatement*, Bull. of Mount Home Retreat Laboratory, 1900, p. 24—41.
73. L é v i et R o t s c h i l d, *Contr. au traitement thyroïdien des enfants arriérés*, Rev. neurol, 1907, p. 291.
74. A p e r t, *Les enfants retardataires*, Actualitées médicales.
75. C. I. P a r h o n et M i c h a i l e s c o, *Sur un cas d'infantilisme dysthyroïdien et dysorchitiques*, Journal de neurol. 1908, nr. 6.
76. C. I. P a r h o n, *Recherches pondérales sur le corps thyroïde chez les aliénés de différentes catégories*, XXII-e Congrès des aliénistes et neurologistes, Tunis, 7 apr. 1912.
77. M ü n z e r, *Über die Einwirkungen der Blutdrüsen auf Ablauf des psychicher Funktionen*, Berliner Kl. Woch., 1912, nr. 13—14.
78. C. I. P a r h o n, *Les glandes à sécretion interne dans leurs rapports avec la psychologie et la pathologie mentale*, Rapport au III-e Congrès international de Neurol. et de Psychiatrie, Gand, 20—26 aug. 1913.

CERCETĂRI ANATOMOPATOLOGICE ASUPRA GLANDEI TIROIDE ÎN PSIHOZELE AFECTIVE *

Unul din noi susține de mult timp (1906) existența unor strînse legături patogenetice între psihozele afective și anumite tulburări ale glandei tiroide.

De atunci, numeroase cercetări au venit să confirme existența unor asemenea legături. Le vom aminti aici, pentru ca după aceea să arătăm rezultatul noilor noastre observații. Vom avea în vedere, în mod aproape exclusiv, criteriul anatomopatologic, dar vom da asupra acestor cazuri și detalii clinice.

Vom începe prin a reaminti că greutatea glandei este adesea deasupra cifrei considerată drept normală. Într-o lucrare împreună cu M a t e e s c u și Ț u p a (1913), unul din noi a găsit că greutatea medie este 30,83 g. Adăugînd cazurile lui G o r r i e r i (1913) într-un număr total de 26 de psihoze afective, greutatea medie a fost de 28,73 g, cifră ce se apropie de limita superioară considerată ca normală de către autorii francezi. Din aceste 26 de cazuri, în 6 greutatea era sub 20 g, în 10 între 20 și 30 g și în celelalte 10 peste 30 g. Dintre toate psihozele, în cea maniaco-depresivă se întîlnește tot atît de frecvent greutatea de peste 30 g.

Acest fapt apare însă și mai clar în cazurile cronice. Din punct de vedere histologic trebuie menționate lucrările lui A m a l d i (1897), P e r r i n d e l a T o u c h e și D i d e (1904), P a r h o n (1910), B u s c a i n o (1914), N ă s t a s e (1916) etc.

Alterațiile nu sînt uniforme. Astfel, A m a l d i, din 11 cazuri de manie, nu crede să fi găsit modificări decît în 4, și în nici unul din acestea glanda nu putea fi considerată ca avînd aspectul de insuficiență aproape totală. Într-un alt caz unde glanda era considerată ca funcțio-

---

* În colaborare cu A l i c e S t o c k e r. Publicată în „Bulletins et mémoires de la Société de neurologie, psychiatrie et psychologie de Jassy", iun-dec. 1920, nr. 1-2.

nînd normal, acelaşi autor observă totuşi semnele unui proces strumos incipient şi în al şaselea caz în care glanda era de asemenea considerată normală, ţesutul conjunctiv părea mai bogat decît în mod obişnuit (judecînd după imaginea reprodusă), în plus limfaticele erau pline cu „coloid", ceea ce face să se presupună o producere abundentă sau o mai mică resorbţie a acestei substanţe.

În două cazuri de manie cronică, R a m a d i e r şi M a r c h a n d au găsit greutatea organului de 60, respectiv 45 g. În primul caz, lobul stîng avea un chist de volumul unei nuci, a cărei capsulă era calcifiată. La microscop, partea internă a chistului era formată din ţesut glandular comprimat, din vezicule atrofiate şi din celule dispuse dezordonat. Chistul părea a fi format din vezicule dilatate şi pline de coloid. În al doilea caz s'a găsit o uşoară scleroză. În unele vezicule, coloidul era abundent, în altele lipsea cu desăvîrşire. B u s c a i n o, într-un caz de manie periodică a găsit glanda formată mai mult din vezicule mici cu coloid avînd reacţii tinctoriale normale, şi din foarte rare vezicule cu coloid bazofil. Într-un caz diagnosticat „stare de excitaţie", volumul veziculelor era normal. Nu s-au găsit, ca şi în primul caz, decît foarte rar coloid „cromofil". În două cazuri, granulaţiile sudanofile din celule erau în cantitate mică sau moderată. În primul caz s-au găsit de asemenea foarte rare cristale de oxalat de calciu şi în mod excepţional cristale proteice. În al doilea caz cristalele din prima categorie lipseau, iar cele din a doua erau foarte rare.

Constatările diferiţilor autori — pe care i-am citat — sînt, cel puţin în parte, susceptibile de interpretări diferite (vîrsta bolnavilor, boală care ar fi cauzat moartea etc.).

Descrierile iniţiate de unul din noi la cazurile comunicate în teza lui N ă s t a s e (1916), în care autorul face examenul histologic al tiroidelor scoase prin operaţie, ni se par mai valabile. Vom rezuma aici rezultatele. La o maniacă, în vîrstă de 30 de ani, tiroida prezenta vezicule de dimensiuni variabile (32—480 microni). Cea mai mare parte din peretele dantelat conţinea coloid cu reacţii tinctoriale normale. Mulţi foliculi erau sparţi şi conţinutul lor împrăştiat în afara peretelui, formînd adevărate lacuri. Celulele erau turtite. Nu s-a observat epiteliu interfolicular. Lipoizii erau în cantitate destul de mare în celule. În rarii foliculi s-au observat şi în interior grămezi de granulaţii lipoidice. Ţesutul conjunctiv interfolicular puţin abundent fără congestie (observaţia a IV-a). În altă observaţie este vorba tot de o femeie (30 de ani) internată pentru stare maniacală (a doua internare). Tiroida era formată din foliculi care nu depăşeau 160 microni. Celulele conţineau substanţă coloidă, reacţionînd normal la coloranţii obişnuiţi. Celulele erau cubice şi chiar cilindrice. Granulaţiile lipoidice intracelulare nu erau prea abundente; ele ocupau mai ales, extremitatea în contact cu coloidul, a celulelor. Celulele descuamate din vezicule nu erau frecvente şi conţineau granulaţii mai abundente. De asemenea, s-au observat şi celule epiteliale nediferenţiate în foliculi, ca şi focare microcelulare formate din limfocite sau din celule asemănătoare. Capilarele pline cu sînge erau vizibile mai ales pe secţiuni, la microtomul de congelare, colorate cu albastru de Nil. Nu s-a observat dilatarea vaselor limfatice. Pe alocuri, regiuni destul de sclerozate.

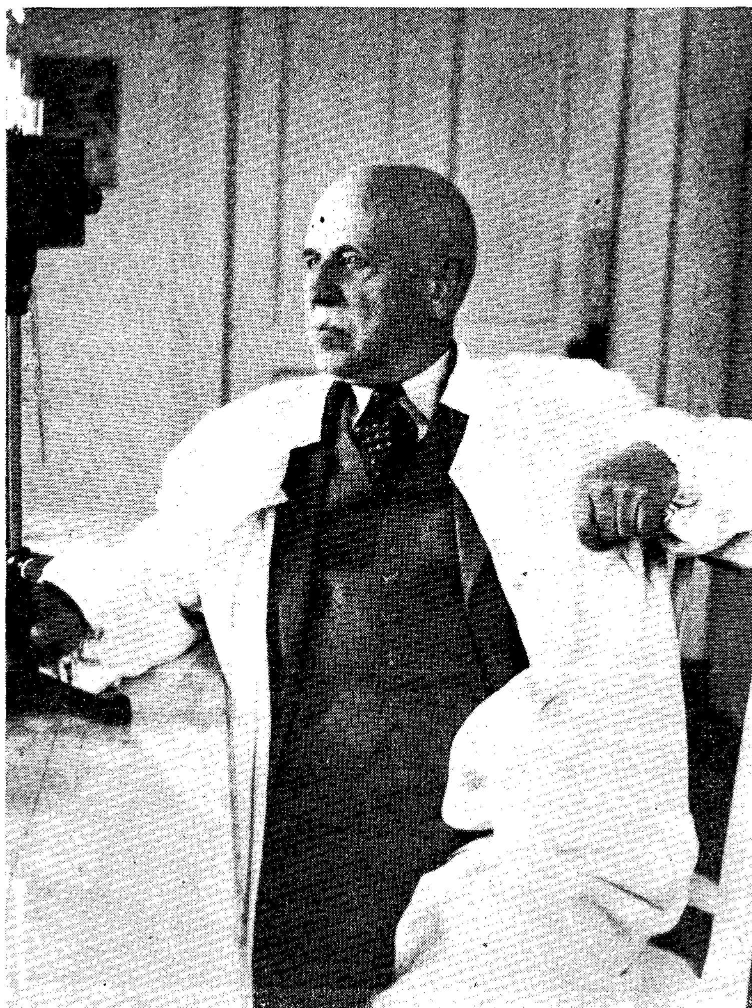
În altă observație este vorba de o femeie în vîrstă de 33 de ani internată cu fenomene maniacale nete. Glanda tiroidă avea volumul mărit. S-a scos prin operație o parte din organ cîntărind 31,810 g. La examenul microscopic glanda apărea formată mai mult din foliculi mari, dintre care unii erau chiar foarte dilatați, atingînd în diametru pînă la 640 microni.

Forma lor era poliedrică neregulată. Celulele erau turtite în unele regiuni, dar s-au găsit și celule cubice. Coloidul avea reacții tinctoriale normale, în cea mai mare parte din vezicule. Totuși în unele aspectul era granulos. S-au găsit și vezicule al căror coloid s-a colorat foarte intens, conținînd blocuri cromofile. În substanța coloidă a unor foliculi, se aflau granulații refringente neregulate ca formă, cu aspect omogen, brun-castaniu pe secțiunile colorate cu Van Gieson și verzi pe cele tratate cu triacidul lui Ehrlich. S-a remarcat de asemenea și un folicul hemoragic. În mai mulți foliculi s-au observat celule descuamate bogate în substanță lipoidică. Celulele peretelui vezicular conțineau, de asemenea, o enormă cantitate de granulații sau picături colorabile cu scharlach. Trebuie să adăugăm că țesutul conjunctiv era puțin abundent și că în multe locuri se puteau remarca spații alungite formînd adevărate lacuri, al căror conținut s-a colorat în violet foarte deschis cu albastru de Nil.

Într-un caz de manie confuzivă la o femeie în epoca menopauzei, tiroida era formată din foliculi mari (pînă la 608 microni) cu epiteliu înalt, cubic sau aproape cilindric. S-a găsit în multe vezicule, coloid intens colorabil (albastru de Nil) ocupînd cavitatea veziculară în întregime, sau formînd blocuri care pluteau în coloidul normal al unora dintre foliculi. Se mai găseau și celule descuamate ca și cristale de forme și dimensiuni variabile, cu contururi neprecizate, mai ales cristale, mici, de formă romboidală. Granulațiile lipoidice ocupau în special extremitatea internă a celulelor. Autorul nu ne spune dacă ele erau în mai mare cantitate decît în mod obișnuit.

Același autor ne face descrierea unei tiroide într-un caz de psihoză maniaco-depresivă la o basedowiană care, cu cîțiva ani înaintea ultimei sale internări, suferise o dublă simpatectomie. Tiroidectomia (parțială) s-a făcut pentru fenomenele maniacale. În acest caz, tiroida era formată din foliculi, ai căror diametri oscilau între 32 și 380 microni, cu epiteliu cubic și uneori aplatizat, bogat în granulații lipoidice. S-a găsit un mare număr de vezicule cu peretele despărțitor plesnit și conținutul împrăștiat pe dinafară, formînd lacuri. S-au mai găsit și numeroase canale dintre care unele cu siguranță dilatate care brăzdau organul în toate direcțiile și dintre care unele comunicau cu veziculele sparte. Aceste canale conțineau o substanță mai puțin colorabilă decît cea din vezicule. În unii foliculi s-au observat hematii sau coloid mai intens colorabili decît în stare normală.

De asemenea, s-au putut observa celule descuamate, al căror număr era considerabil în unele vezicule. Nu s-au găsit cristale. Năstase, în teza sa (1916), mai descrie două cazuri operate pentru fenomene maniacale, dar în antecedentele cărora s-a găsit pelagra. Rămîne de văzut dacă pelagra n-a jucat un rol mai important în geneza tulburărilor psihice, decît acela de auxiliar acționînd pe un teren morbid existent. Observația



ACAD. C. I. Parhon

clinică a primului caz a fost publicată de către unul din noi (P a r h o n, 1915). Era vorba de o femeie de 22 de ani. În acest caz modificările tiroidei variau după regiunile examinate. S-au găsit regiuni în care foliculii erau de dimensiuni mici, în altele ei erau voluminoşi sau chiar enorm dilataţi (pînă la 1 500 microni). Celulele erau cubice sau turtite. În anumite celule s-au întîlnit granulaţii refringente. Asemenea granulaţii, celule descuamate şi uneori hematii s-au putut observa în interiorul veziculelor. Granulaţiile lipoidice intracelulare erau în mică cantitate. Dimpotrivă, aceste granulaţii umpleau complet celulele descuamate. S-au mai găsit în unele vezicule îngrămădiri sudanofile, care observate cu imersie păreau a fi formate din hematii, mai mult sau mai puţin alterate. Coloidul veziculelor s-a colorat normal, dar s-au văzut şi regiuni unde coloidul avea un aspect granulos. S-au mai observat spaţii longitudinale anastomozate în diferite direcţii şi conţinînd şi ele coloid. În sfîrşit, s-au observat noduli formaţi din vezicule chistice ca şi din vezicule de toate dimensiunile, înconjurate de benzi groase de ţesut conjunctiv. Din punct de vedere clinic, tiroida forma o tumoare, avînd aproximativ dimensiunile unei mandarine mici. Lobul drept şi istmul extirpat în timpul operaţiei cîntăreau împreună 45 g (I-a observaţie).

În al doilea caz era vorba de o femeie de 40 de ani, care după o perioadă de melancolie prezenta o stare maniacală, tahicardie şi hipertrofie tiroidiană. Glanda era formată mai ales din vezicule mici, unele din ele însă aveau pînă la 400 microni. Celulele de formă cubică sau turtită conţineau granulaţii castanii.

Granulaţiile lipoidice intracelulare erau foarte abundente. Foliculii conţineau coloid cu reacţii tinctoriale normale. Totuşi, într-un număr oarecare de vezicule, coloidul dădea impresia de a fi mai fluid decît în stare normală şi examinat cu imersie el avea un aspect spumos. Unele vezicule plesnind şi-au revărsat conţinutul în afară, formînd pe alocuri adevărate lacuri de coloid. Această substanţă umplea de asemenea şi spaţiile (limfatice) interfoliculare. Menţionăm şi cristale romboidale mici sau mai mari, colorabile în albastru deschis cu albastru de Nil, în violet sau rămînînd incolore (cele mai mici) cu triacidul lui Ehrlich, în portocaliu cu Van Gieson. Pe secţiunile colorate cu triacid se vedeau numeroase formaţii ovoidale colorate în verde, în foliculi mici. Cea mai mare parte a acestor formaţii se aflau în vecinătatea epiteliului folicular. Menţionăm iarăşi că unii foliculi aveau aşezare nodulară, că epiteliul interfolicular era aproape absent şi că s-au observat numeroase capilare pline cu sînge în contact intim cu peretele despărţitor al veziculelor (a IV-a observaţie).

Autorul ne redă şi examenul glandei tiroide în două cazuri ce prezentau stereotipii, idei de persecuţie şi în care, un deficit intelectual era probabil.

În primul caz (femeie de 54 de ani, internată a treia oară fiindcă abuzase de băuturi alcoolice), glanda era formată mai ales din foliculi mici cu celule cubice sau turtite, dar avînd în acelaşi timp foliculi dilataţi, aşezaţi în noduli. Celulele conţineau foarte multe granulaţii lipoidice. Aceste din urmă erau tot aşa de numeroase şi în celulele descuamate, care puteau fi întîlnite în vezicule. Coloidul, în general omogen, conţinea uneori granulaţii refringente. Epiteliul interfolicular nu era prea abundent.

S-au văzut regiuni sclerozate ca și locuri cu infiltrații de celule mici, cu aspect limfocitar. Cristalele absente (a II-a observație).

În sfîrșit în al doilea caz, diagnosticat manie furioasă (fenomene de demență), a fost studiată o femeie de 54 de ani, a cărei glandă era formată mai ales din vezicule de dimensiuni variabile dar nu dilatate, cu celule de formă turtită, cu multe sau chiar cu foarte multe granulații lipoidice. În coloidul normal colorat în general, dar uneori mai intens, s-au observat destul de numeroase celule descuamate, pline cu granulații sudanofile și uneori cristale de formă cubică sau poliedrică colorîndu-se cu albastru de Nil în albastru deschis. Epiteliu intrafolicular era aproape absent. Pe secțiunile examinate nu s-au găsit nici congestie, nici scleroză (a III-a observație).

În cazul relatat de către Stocker, fată de 18 ani, maniacă, examenul microscopic al lobului extirpat arăta foliculi de toate dimensiunile, cea mai mare parte mijlocii sau mici, cu polimorfism apreciabil, unii evident festonați, cu celule înalte, cu nucleii puternic colorați. De asemenea, vascularizarea era intensă. Coloidul părea a avea o consistență mai slabă decît de obicei. Scleroză pronunțată.

În două cazuri diagnosticate drept psihoze maniaco-depresive, Perrin de la Touche și Dide (1904) au găsit greutatea glandei tiroide de 23 și de 40 g. În primul caz s-au găsit vezicule voluminoase ca și alterații de scleroză. Al doilea caz nu părea să prezinte modificări microscopice. În ceea ce privește melancolia, în 14 cazuri de diferite sindroame melancolice, s-a găsit pentru glanda tiroidă o greutate medie de 27,65 g.

Din punct de vedere microscopic, Amaldi a găsit alterații ale glandei tiroide în 4 din 11 cazuri de hipomanie. În toate aceste 4 cazuri funcțiunea organului putea fi considerată insuficientă și în unul din cazuri chiar abolită. Într-un al cincilea caz se observau, în mai multe locuri, celule mici formînd noduli cu conturul mai mult sau mai puțin circular, care nu modificau, totuși, aspectul normal al glandei. În al șaselea caz s-a observat o abundentă injectare cu coloid a sistemului limfatic al glandei. Această lucrare a lui Amaldi datează din 1897. Anatomia patologică a tiroidei era atunci mai puțin bine cunoscută decît azi. Este plauzibil deci că anumite alterații au trecut neobservate. Perrin de la Touche și Dide, din 8 cazuri de melancolie, au găsit în 5 alterații de scleroză, într-un alt caz au observat o cantitate exagerată de coloid în foliculi. În 2 cazuri nu s-au observat modificări microscopice.

În cele 2 cazuri ale lui Ramadier și Marchand s-au observat procese de scleroză ca și vezicule atrofiate și celule epiteliale așezate neregulat. Într-un caz studiat de unul din noi, glanda era formată din vezicule, în cea mai mare parte mici și rotunde (dar, în afară de aceștia s-au mai găsit și cîteva vezicule dilatate), conținînd coloid cu reacții tinctoriale normale. În cîțiva foliculi, s-au găsit celule descuamate. Nu s-a observat nici scleroză, nici congestie. Într-un caz de melancolie cu ihtioză (pe care l-am studiat împreună cu Mateescu și Țupa, tratat cu tiroidă și murind de tuberculoză), tiroida era formată mai ales din vezicule mari, deși se observau și numeroase vezicule mijlocii și mici. Mai rar s-au

observat şi blocuri hematoxilinofile în coloidul din foliculi în care tot conţinutul era astfel colorat. Într-un caz pe care l-am studiat, glanda era formată din foliculi, în cea mai mare parte mici şi rotunjiţi (numai cu cîteva vezicule dilatate) al căror conţinut prezenta reacţii tinctoriale normale. Totuşi, un examen mai recent al acestui caz ne-a mai arătat şi numeroase blocuri de coloid bazofil în substanţa eozinofilă, şi celule descuamate în cîţiva foliculi. G a r b i n i (1910), într-un caz de melancolie la un bărbat de 57 de ani, anxios şi sitiofob, mort printr-un veritabil autofagism, a găsit glanda fără scleroză sau congestie, cu vezicule de dimensiuni variabile, unele dilatate cu epiteliu plat. Coloid în cantitate moderată şi slab colorat.

G o r r i e r i (1913) face de asemenea o expunere asupra glandei tiroide în numeroase cazuri de melancolie. În primul caz, de reţinut au fost foliculii mici plini cu coloid şi rare vezicule goale. Bolnavul (33 de ani) a murit de tuberculoză. În al doilea caz (femeie, de 39 de ani, moartă de bronhopneumonie), veziculele erau mici şi puţin numeroase. Unele din ele erau pline cu celule epiteliale. Altele erau goale sau conţineau coloid bazofil. S-au observat zone de hipertrofie compensatoare. Ţesut conjunctiv destul de dezvoltat şi vase pline cu hematii. În al II-lea caz (58 de ani, mort de tuberculoză pulmonară) tiroida era chistică, cu vezicule de dimensiuni variabile, alterări vasculare şi ţesut conjunctiv abundent, fără atrofia foliculilor. La un bolnav mort de „marasm scorbutic" care avusese faze de excitaţie şi depresiune şi o stare de regres intelectual, veziculele erau dilatate, cu celule plate. Vascularizare abundentă. La un bătrîn (75 de ani) arteriosclerotic şi melancolic, glanda nu făcea impresia să prezinte alterări. În sfîrşit, într-un caz (59 de ani) unde starea de profundă melancolie era paralelă cu o marcată diminuare a intelectului, glanda era sclerozată şi cea mai mare parte din foliculi, fără lumen şi deci fără coloid. Alteraţii vasculare. La o femeie (27 de ani) atinsă de melancolie şi ihtioză, mult ameliorată de această distrofie prin tratament tiroidian şi decedînd în urma unei tuberculoze pulmonare — împreună cu M a t e e s c u şi Ţ u p a —, am găsit glanda de 20 g, formată mai ales din foliculi dilataţi, cu toate că şi foliculii mijlocii sau mici erau în număr mare. Într-un mare număr de foliculi s-au întîlnit blocuri hematoxilinofile. Mai rar întreg conţinutul foliculului era numai hematoxilinofil. Cea mai mare parte din celule erau plate sau chiar endotelioide. Nucleii erau în majoritate puţin voluminoşi. Granulaţii lipoidice în cantitate moderată, puţine celule descuamate. O scleroză moderată disociază glanda. Nu s-a găsit dilatare capilară. La o femeie (de 37 de ani, cu fenomene de mixedem şi melancolie agitată, moartă prin tulburări de deglutiţie şi bronhopneumonie), B r u n şi M o t t (1913) au găsit tiroida de volum redus, mai deschisă la culoare şi mai consistentă, cu o extremă atrofie a ţesutului glandular, coloidul lipsind aproape cu desăvîrşire. Glanda era formată aproape numai din ţesut conjunctiv dens, conţinînd pe alocuri focare microcelulare înglobînd resturi de epiteliu glandular.

B u s c a i n o (1914) dă şi el descrierea tiroidei în 5 cazuri de stări depresive. În primul caz (femeie de 45 de ani, moartă de tuberculoză pulmonară) veziculele erau de dimensiuni normale, celulele erau

turtite. S-au văzut în vezicule destul de numeroase îngrămădiri sudanofile, coloid „cromofil" în mică cantitate, şi de asemenea numeroase cristale proteice de toate dimensiunile. În al 2-lea caz (bărbat de 53 de ani alcoolic şi pelagros cu stare depresivă şi halucinatorie) s-au găsit în tiroidă rare cristale (metoda Kossa). Pe secţiunile colorate cu Sudan s-a văzut că foliculii erau de dimensiuni cu totul reduse, celulele pline cu granulaţii sudanofile, coloidul „cromofil" prea puţin abundent, fără cristale proteice. La o femeie de 62 de ani, cu stare depresivă şi halucinaţii auditive, vizuale şi idei de persecuţie, s-au găsit în tiroidă un număr foarte mare de foliculi foarte mici şi alţii enorm dilataţi, foarte multe granulaţii lipoidice în celule, puţin coloid „cromofil" şi în mod excepţional cristale de proteine.

În al 4-lea caz al acestui autor, era vorba de o femeie de 62 de ani, cu stare depresivă; s-au găsit un număr enorm de foliculi foarte mici şi alţii mai dilataţi. S-a observat un oarecare număr de vezicule cu puţin coloid „cromofil" şi fără cristale proteice.

În sfîrşit, în al 5-lea caz al acestui autor era vorba de o femeie de 54 de ani, într-o puternică şi continuă stare de depresiune, cu insomnie şi frică de a fi otrăvită. S-au găsit, ca şi în cazul precedent un număr enorm de foliculi de dimensiuni mai reduse decît în stare normală, amestecaţi cu alţii de volum normal. De asemenea, s-a observat o zonă papilomatoasă, abundent coloid „cromofil", foarte rare cristale de proteine, granulaţii lipoidice numeroase şi focare de inflitraţie microcelulară.

Expunem acum rezultatele noilor cazuri de manie, melancolie, psihoză maniaco-depresivă în care am examinat glanda tiroidă. Într-un mare număr din aceste cazuri glanda examinată rezulta dintr-o extirpare chirurgicală, ceea ce excludea posibilitatea intervenţiei altor cauze patologice fără legătură cu boala psihică. Alterările găsite în aceste cazuri, merită — după părerea noastră — cu atît mai multă atenţie.

1. *V. C.*, bărbat de 24 de ani, internat în spital la 17.VI.1919. Prezenta logoree, tendinţă la versificaţie, glumă, ironii. Fond afectiv vesel, uneori însa devine coleric, acuzînd pe cei care „fură ţara", ameninţă să-i demaşte, să-i distrugă. Atenţie instabilă, pierde şirul ideilor. Orientare satisfăătoare. Unele idei de mărire şi de persecuţie. Uneori iluzii şi halucinaţii vizuale. Vede la fereastră fotografii de femei. I se pare cum clădirea vecină spitalului, creşte încetul cu încetul. Mimică foarte mobilă. Gesticulează mult. Din punct de vedere somatic, bolnavul este slăbit, pometii proeminenţi. Exoftalmie. Reflexe tendinoase normale.

După tiroidectomie parţială (lobul drept) efectuată la 24.IX.1919, bolnavul se calmează din ce în ce şi iese din ospiciu la 20.II.1920.

Lobul extirpat (fixat în formol 10 %), cîntărea 21 g. Din punct de vedere microscopic, ceea ce atrage imediat atenţia este marele număr de foliculi dilataţi, chiar chistici. Mulţi dintre aceşti foliculi mari rezultă, după cum se vede clar examinînd lama, din fuziunea mai multor foliculi mai mici. Un alt fapt demn de a fi relevat este remarcabilul polimorfism al foliculilor al căror contur este festonat, dantelat, ramificat cu tendinţă vegetantă şi al căror dimensiuni sînt adesea foarte inegale chiar în diferitele părţi ale aceleiaşi vezicule.

Celulele sînt de formă cubică joasă sau înaltă, după regiune. Nucleii au destul de multe granulaţii de cromatină. Alături de foliculii mari se mai observă şi alţii de volum normal sau chiar mici. Cea mai mare parte dintre aceşti foliculi conţin coloid cu aspect normal sau poate ceva mai fluid, măcar în unele dintre acestea. În unii foliculi se observă în coloid o mică vacuolă (prin retracţia conţinutului).

Într-un număr de foliculi — nu prea numeroşi — se întîlnesc hematii normal colorate, ceea ce arată ur proces hemoragic recent (în timpul operaţiei). Mai amintim şi numeroase capilare încercuind foliculii. Unele din aceste capilare conţin, între hematii, un pigment brun

închis. Celulele descuamate şi bogate în lipoizi pot de asemenea să fie văzute în unele vezicule. În orice caz procesul de descuamare nu este intens. Granulaţiile lipoidice intracelulare sînt slab reprezentate. Pe alocuri între foliculi se observă cîteva vezicule de ţesut adipos.

Prin foliculii săi voluminoşi cu perete festonat, cu contur polimorf, cu celule cubice, prin abundenţa de capilare, prin însăşi volumul său, această glandă dă impresia unui organ în stare hiperfuncţională.

2. *S. D.*, bărbat de 27 de ani. Internat în ospiciu la 14.III.1919. Bolnavul a mai fost internat şi într-un alt ospiciu. Tiroidectcmie parţială în mai 1919. Iese vindecat la 30.VII. 1919.

Este vorba ca şi în cazul precedent de o psihoză intermitentă. Este un bărbat de statură mai mult înaltă. Sprîncene dese unite pe linia mediană. Uşoară exoftalmie. Tiroida palpabilă cu uşurinţă. Uşoară asimetrie facială. Din punct de vedere psihic, cu dispoziţie variabilă, cînd vesel, cînd trist, în general irascibil, nedisciplinat, întotdeauna revoltat. Ameninţă cu moartea personalităţile actuale şi chiar personalul spitalului sau pe bolnavi, pe care îi bate îndată ce se simte nebăgat în seamă de ei sau îl nemulţumesc în alt mod. Autoapreciere exagerată, vorbeşte mult, cîntă, dansează etc. A evadat în mai multe rînduri. Fură. Halucinaţii vesperale de tip zoopsic şi terifiant (alcoolism supraadăugat). Vede uneori flăcări care ameninţă să-l mistuie.

Operaţia a avut la acest bolnav un efect evident. A ieşit din ospiciu la 30.VI. 1920. Cîtva timp după aceea a venit să ne vadă, plin de recunoştinţă. Calm, amabil, şi-a schimbat cu desăvîrşire caracterul. Lobul extirpat cîntărea 12 g (după fixarea în formol de 10%).

Din punct de vedere microscopic s-a observat o indiscutabilă tendinţă către lobulaţie (sau pseudolobulaţie) determinată de prezenţa benzilor, nu prea groase de ţesut conjunctiv, dens, care separau grupele de foliculi. Aceştia din urmă, erau, în cea mai mare parte, de dimensiuni reduse şi cu conturuti de obicei rotunjite. Dar s-au observat şi vezicule cu formă variabilă, cu oarecare tendinţă de a fi festonate. Acestea se remarcă, mai ales în veziculele mari, al căror număr şi suprafaţă este importantă, cu toate că pe secţiune veziculele mici şi cele mijlocii sînt cele care predomină. În mai multe locuri se observă chiar şi vezicule care rezultă în mod evident din fuziunea mai multor foliculi mai mici. Coloidul, în general abundent şi cu aspect normal. Pe alocuri în conţinutul lui se distinge cîte o vacuolă. Însă în cea mai mare parte a veziculelor, vacuolele lipsesc. Nu se vede, decît în mod cu totul excepţional, cîte o picătură de coloid hipercromofil. Celulele descuamate, bogate în granulaţii lipoidice sînt tot atît de rare.

Se poate spune acelaşi lucru în ceea ce priveşte hematiile din vezicule. Acestea din urmă avînd coloraţia normală, sînt probabil datorite unor mici hemoragii foliculare cauzate de operaţie. Celulele sînt în general cubice turtite şi pe alocuri chiar endotelioide. Ele conţin în cantitate moderată granulaţii lipoidice (coloraţia cu Sudan-hematoxilină). În unele locuri s-au observat capilare numeroase şi dilatate.

3. *T.L.*, fată de 24 de ani. Vorbeşte şi cîntă incontinuu. Tot timpul în mişcare. Ia uneori atitudini în arc de cerc sau asemănătoare atacului isteric. Spune cuvinte obscene. Memoria nu pare prea mult atinsă. Atenţie mobilă, orientare destul de bună. Plînge uneori dar nu mult. Statură mică, frunte înaltă, sprîncene dese mai late în partea externă. Uşor prognatism inferior.

Bolnava intră pentru a patra oară în ospiciu, la 7.IX.1918. I se face ablaţia unui lob tiroidian la 18.I.1919. Iese vindecată în februarie (1919).

Lobul extirpat cîntărea 11,50 g, după fixarea în formol de 10%. Din punct de vedere microscopic s-a constatat că cea mai mare parte din porţiunea extirpată era formată din foliculi vizibil dilataţi cu toate că, mai ales în spaţiile dintre ei, se întîlnesc şi alţii mici şi chiar cîteva celule epiteliale nediferenţiate în foliculi. Forma foliculilor variază : ovoidă, poligonală rotundă, uneori festonată. Se mai observă foliculi alungiţi multiloculari, rezultatul fuziunii a două sau trei vezicule mai mici. Coloidul în general de aspect normal, totuşi în puţini foliculi se observă blocuri de coloid hipercromofil sau mai degrabă hematii, dintre care unele prezintă o marcată bazofilie. Celulele peretelui veziculelor sînt în general turtite. Granulaţiile lipoidice nu sînt prea abundente, de asemenea ţesutul conjunctiv intervezicular este în mică cantitate. Pe alocuri, cîteva vezicule adipoase. Destul de abundentă vascularizare.

În acest caz, ceea ce caracterizează glanda este o secreţie, foarte abundentă, de substanţă coloidă, cu dilatarea veziculelor ajungînd pînă la plesnirea lor şi la fuziunea mai multor foliculi.

4. *C. M.*, femeie de 30 de ani. Internată la 11.II.1919. Ablaţia lobului drept al glandei tiroide la 5.IX.1919. Iese vindecată la 10.XI.1919. Căsătorită, fără copii. Amnezie de cîteva

luni. La sosire, bolnava era tristă, nemişcată, avînd o expresie de durere profundă, delir de umilinţă. Îi este frică să nu fie omorîtă pentru păcatul ei. Bine orientată. După 6 luni, intră brusc într-o stare maniacală cu euforie, logoree, glume. Bolnava se găteşte cu flori şi hîrtii, cîrpe etc. Uneori se agită mai tare, îşi sfîşie hainele de pe ea etc.

Excitaţia motrice scade puţin timp după intervenţia chirurgicală. Bolnava, deşi mai este logoreică, poate să urmărească conversaţia. În sfîrşit, şi acest ultim simptom dispare la rîndul său şi bolnava iese vindecată.

Lobul extirpat şi fixat (în formol) cîntărea 27 g. Glanda era formată din vezicule de dimensiuni variabile, mici, mijlocii, chiar ectaziate. Dar predominau primele două categorii. Cînd există dilataţie, aceasta este în general mai puţin marcată decît în cazurile precedente. Cel mai des, forma lor este rotunjită sau ovoidală, uneori însă neregulată. Benzile conjunctive sînt subţiri şi adesea despart grupuri de foliculi. Celulele peretelui vezicular sînt de cele mai multe ori joase şi chiar de tip endotelioid. Nucleii au destul de multă substanţă cromatică. Caracteristic pentru această glandă sînt modificările din conţinutul folicular. Întîi s-au găsit un număr important de foliculi în care tot conţinutul s-a colorat într-un mod intens cu hematoxilină (coloid bazofil, hematoxilinofil, cromofil al lui Buscaino, coloid hipercromofil, cum am propus să-l numim). În unele vezicule, cu toate că cea mai mare parte a conţinutului era format din această substanţă, s-a mai găsit la periferie, o fîşie îngustă de coloid cu aspect normal şi care se continuă fără tranziţie cu cel hipercromofil. În alţi foliculi — majoritatea coloidului are aspectul normal, dar conţine foarte numeroase formaţiuni variabile ca dimensiuni şi configuraţie, reprezentînd celule descuamate, bogate în granulaţii lipoidice şi mai ales hematii mai mult sau mai puţin alterate, cel mai des de tip bazofil, de multe ori dezintegrate, cu granulaţii reduse, uneori impregnate cu lipoizi. Coloidul normal mai conţine şi blocuri de coloid bazofil cu forme şi dimensiuni variabile.

Ar fi greu de găsit un singur folicul care să nu fie plin cu aceste formaţiuni. Granulaţiile lipoidice în celulele peretelui folicular sînt în cantitate moderată. Mare abundenţă de capilare.

5. *G. B.*, fată de 16 ani. Internată în ospiciu la 30.IX.1919. Extirparea unui lob tiroidian la 24.XI. Iese vindecată la 5.XII, acelaşi an.

Euforie şi labilitate afectivă. Îi place să se gătească. Cîntă, dansează etc. Iluzii de persoane. Din punct de vedere somatic observăm abundenţa părului. Tiroida categoric palpabilă. Lobul extirpat cîntăreşte 23 g (după fixarea în formol). Din punct de vedere microscopic menţionăm mai întîi că benzile de ţesut conjunctiv, în general nu prea groase, despart pseudolobulii şi pătrund deseori în interiorul lor, izolînd uneori anumiţi foliculi. Aceştia din urmă au în general, dimensiuni mari, uneori sînt chistici, dar s-au găsit şi foliculi mijlocii, şi chiar foarte mici. Totuşi, în cea mai mare parte suprafaţa secţiunii este ocupată de foliculi mari, variabili ca formă. Polimorfism accentuat. S-au găsit foliculi cu peretele mai mult sau mai puţin festonat, alţii rezultînd din fuziunea mai multor vezicule vecine. Celulele sînt cel mai adesea cubice, chiar înalte, mai rar plate. Nucleii destul de bogaţi în cromatină. Celulele aproape sau complet lipsite de granulaţii lipoidice. Coloidul cu aspect normal în majoritatea foliculilor, dă totuşi uneori impresia că este mai fluid ca de obicei. Într-un număr destul de mare de foliculi s-au observat blocuri de coloid hipercromofil sau mai degrabă hematii bazofile, mai mult sau mai puţin alterate, mai rar cîte o celulă descuamată conţinînd cîteva granulaţii lipoidice. Bogată vascularizare.

6. *H. B.*, fată de 14 ani. Internată la 12.VIII.1919. Lobectomie tiroidiană la 29.IX. Iese vindecată la 4.II.1920. Euforie logoree, agitaţie psihomotoare. Rîde, fluieră, gesticulează, bate cu pumnul în masă. Pierde şirul ideilor, atenţie instabilă. Orientare destul de bună. Pofta de mîncare prezentă. Menstruată cu 2 ani în urmă, la internare amenoreică. Sprîncenele îmbinate, fruntea îngustă, gura mare, uşor prognatism superior. Tiroida palpabilă. Glandele mamare puţin dezvoltate. După operaţie, menstruaţia a reapărut. Bolnava a devenit calmă etc.

Lobul extirpat cîntăreşte 7 g. Pe secţiunile microscopice se observă foliculi voluminoşi şi chiar ectaziaţi care ocupă cea mai mare parte din secţiune. Dar există şi alţii mai mici şi chiar foarte mici, mai ales în vecinătatea capsulei conjunctive. Pe alocuri s-au găsit şi grămezi de celule epiteliale fără a se putea afirma că există o diferenţiere în foliculi. Forma veziculelor este variabilă, rotunjită, ovoidă mai mult sau mai puţin festonată, neregulată. Pentru unele din cele mari este evidentă originea, prin fuziune a doi foliculi vecini, sau poate chiar a mai multora. Celulele peretelui sînt în general cubice înalte, nucleii bine coloraţi şi cu multe granulaţii.

Coloidul are aspect normal în cea mai mare parte a veziculelor. Numai în mod cu totul excepţional s-au găsit unul sau doi foliculi mici, cu coloid hipercromofil. De asemenea, nu se observă decît foarte rar, cîteva celule descuamate, conţinînd granulaţii lipoidice mai abundente decît în celulele care au rămas pe loc ; mai frecvente sînt hematiile intrafoliculare mai mult sau mai puţin bazofile. În jurul foliculilor, se observă numeroase capilare pline de hematii. Ţesutul conjunctiv este în general, redus.

7. *F. S.*, fată de 16 ani. Internată la 8.I.1918. Operată în ianuarie şi în septembrie 1919. Iese vindecată la 2.VII. 1920. La început stare melancolică netă. Imobilă, liniştită, refuză să mănînce, plînge, îşi dă cu pumnii în cap. Tentativă de sinucidere. Mai tîrziu, stare maniacală, euforie, privire scînteietoare, logoree şi pierderea şirului ideilor, irascibilitate. Din punct de vedere somatic, statură mai curînd mică, frunte îngustă, uşoară îmbinare a sprîncenelor, amenoree. Mamelele puţin dezvoltate.

Greutatea lobului extirpat este de 6 g. Glanda este formată în special din foliculi mici de formă poliedrică. Pe alocuri însă, s-au găsit şi grupuri de vezicule mai voluminoase. Epiteliul folicular este reprezentat de celule cubice sau cilindrice, cu abundenţă de granulaţii voluminoase sau foarte mici de lipoizi. Nucleii cu multă cromatină. Coloidul cu aspect normal. Puţin ţesut conjunctiv, conţinînd pe alocuri cîteva vezicule adipoase. Vascularizaţie destul de abundentă.

8. *E. I.*, de 40 de ani. Internată la 1.VII. 1919 pentru a patra oară. Iese în luna octombrie 1919 vindecată. Din punct de vedere somatic : tiroida palpabilă, cîteva fire de păr în regiunea bărbiei. Foarte agitată, se dezbracă pentru a se acoperi apoi cu cearşafurile patului ; gesticulare teatrală. Logoree. Desenează cu cărbune pe pereţii camerei sale, sparge lucrurile etc.

Lobectomie tiroidiană dreaptă la 19.VII. 1919. După două săptămîni starea bolnavei este ameliorată. Cere alte lucruri şi se îmbracă corect ; iese la plimbare. Logoreea a dispărut etc. La 20.IX s-a observat o stare depresivă. Ţine ochii închişi. Mutism. Tentativă de sinucidere. Ameliorare rapidă şi ieşire din ospiciu în luna octombrie.

Lobul extirpat cîntărea 8 g. Pe o secţiune macroscopică s-a găsit un nodul, mare cît o mazăre. Macroscopic, structura acestui nodul nu seamănă cu aceea a tiroidei, ci mai curînd cu cea a hipofizei ; o masă de celule epiteliale în interiorul căreia se văd cîteva vase. La periferia acestei formaţiuni s-au observat foliculi foarte mici. În afara nodulului, cea mai mare parte din foliculi sînt mici, chiar foarte mici. Însă printre ei se găsesc şi vezicule mai voluminoase. Forma acestora variază ; rotunjită, ovoidă, piriformă, mai mult sau mai puţin poliedrică etc. Celulele sînt cubice, joase, plate şi deseori endotelioide. Ele au foarte multe granulaţii lipoidice, aşezate mai ales în partea perinucleară.

Într-un mare număr de foliculi — indiferent de dimensiunile lor — coloidul pare a fi mai fluid decît de obicei ; în altele, mai ales în cele mici şi mijlocii şi al căror număr este deopotrivă de însemnat, coloidul este hipercromofil. În foarte mulţi foliculi s-au observat numeroşi corpusculi formaţi din celule descuamate, cu multe granulaţii lipoidice sau hematii de aceeaşi culoare cu vasele sanguine, unele impregnate de granulaţii lipoidice. În jurul foliculilor existau capilare dilatate. Ţesut conjunctiv, în general redus. Totuşi s-au găsit cîteva regiuni, care făceau excepţie şi în care aspectul acestuia era net mixoid.

Am examinat de asemenea glanda tiroidă, extirpată prin operaţie în două cazuri de melancolie.

Primul caz — bărbat de 55 de ani, statură mijlocie, slab, cu arcadele sprîncenelor proeminente, avînd o pronunţată exoftalmie însoţită de o mărire a fantei palpebrale. Din punct de vedere psihic, inhibiţie psihomotoare, idei ipohondriace (ca de pildă convingerea că îi lipseşte stomacul), delir de umilinţă cu aşteptarea plină de teamă a nenorocirii, a ispăşirii. În sfîrşit, refuză alimentele crezînd că i se dă să mănînce lapte sau carne de pisică. Internat la 6.VIII.1919. Iese din ospiciu uşor ameliorat, mai ales din punct de vedere somatic, la 1.X. 1919. Greutatea lobului extirpat, era de 7 g (după fixare în formol).

Din punct de vedere microscopic, glanda este formată în primul rînd din foliculi mari şi chiar ectaziaţi, ceea ce pare a fi în parte rezultatul fuziunii multor foliculi mai mici. Dar s-au găsit şi alţii de dimensiuni mai reduse. Forma celulelor este cubică joasă, mai mult sau mai puţin turtită, cu marginile bine colorate. Conţin granulaţii lipoidice în cantitate moderată. Ceea ce este caracteristic în această glandă este prezenţa, în mulţi dintre foliculi, a unei infinităţi de corpusculi bazofili de dimensiuni variabile, unii avînd aproximativ volumul unei hematii, alţii cu mult mai mici (adevărate granulaţii). Acest aspect granulos şi bazofil al coloidului se întîlneşte destul de rar în alte cazuri. În afară de aceasta, s-au găsit vezicule în care

s-au văzut, în mijlocul granulaţiilor, un mare număr de blocuri de coloid bazofil, de formă şi dimensiuni variabile, ovoide, paralelipipedice, triunghiulare, unele cu conturul rotunjit, altele cu marginile în formă de unghiuri ascuţite, care dau impresia unor pietre de curînd sfărîmate sau de pietre tocite, avînd o oarecare vechime.

De asemenea, am întîlnit, în mulţi foliculi, hematii bazofile, mai mult sau mai puţin alterate; de altminteri tot ceea ce am putut observa ne duce la concluzia că formaţiunile amintite sînt urmarea unei vechi hemoragii foliculare.

C. B., femeie de 39 de ani. Internată la 20.XI.1919. Operată la 19.XII.1919. Moare la 13.III.1920. Orientarea, memoria şi atenţia destul de bună. Bolnava este foarte tristă, plînge, îşi muşcă degetele, îşi smulge părul. Pretinde că ceilalţi vor s-o ucidă, că infirmierele vor s-o arunce în closet. Le-a auzit spunînd aceasta. Se crede sub influenţa satanei.

Din punct de vedere somatic, se remarcă o evidentă exoftalmie fără alte semne oculare. Malarele proeminente, acoperite de tegumente congestionate. Gura mare cu buze tumefiate, (traumatizate de bolnavă însăşi, în timpul agitaţiei anxioase). Tiroida voluminoasă, dură, pulsatilă. Tahicardie. Menstruaţia persistă. Constipaţie.

Lobul extirpat cîntărea 40 g (după fixare), iar porţiunea rămasă, găsită la necropsie, 50 g.

Pe secţiunile lobului extirpat se văd noduli, dintre care unii au volumul unei alune. Aceştia conţin alte formaţiuni mai mici brune sau albicioase. La microscop s-a observat că aceşti noduli erau formaţi din vezicule voluminoase, chistice, cu contururi sinuoase în interstiţiile cărora se găsesc alţi foliculi, destul de numeroşi de dimensiuni mici, înfundaţi în ţesutul conjunctiv, în stadii diferite de degenerescenţă mixoidă. Aceasta din urmă se observă şi în ţesutul conjunctiv al glandei pe alocuri foarte dezvoltat. Ţesutul conjunctiv perinodular conţine mulţi foliculi, mai ales din cei mici, de formă rotunjită sau lunguieţi, formă imprimată de către benzile conjunctive ale capsulei. Epiteliul vezicular este în general cubic, uneori plat, cel mai adesea sărac în granulaţii lipoidice, acestea din urmă fiind totuşi numeroase în unele locuri. În unele părţi, în celulele conjunctive, nucleii celulelor epiteliale prezintă foarte des cîte doi nucleoli, destul de mari, aşezaţi la extremităţi, uneori chiar trei dispuşi, în formă de triunghi.

Coloidul veziculelor este cel mai des de tip normal, uneori pare mai fluid decît de obicei. Se observă, în destul de mulţi foliculi, în mijlocul masei de coloid, celule descuamate, formaţiuni mai mici uneori, pline de granulaţii lipoidice (hematii sau nuclei de celule alterate ?). De asemenea, pe alocuri există vezicule conţinînd hematii care au luat aceeaşi coloraţie ca şi cele două vase.

Se observă coloid hipercromofil mai ales în foliculii mici, sub formă de blocuri, sau acoperind aproape cu desăvîrşire lumenul foliculului. El este, în general, puţin abundent. Menţionăm din nou, că pe alocuri se găseşte ţesut conjunctiv mixedematos, colorat în roşu, portocaliu (cu Sudan), substanţa colorată fiind aşezată în formă de picături (impregnaţie sau degenerescenţă grasă). În alte regiuni s-au găsit porţiuni colorate intens de hematoxilină(probabil impregnaţie calcaroasă). În sfîrşit, adăugăm că ţesutul mixoid conţinea în anumite părţi celule conjunctive mai mult sau mai puţin stelate, mai frecvent fusiforme, ale căror corpuri protoplasmatice şi chiar prelungiri sînt uneori bogate în granulaţii lipoidice.

Expunem acum constatările făcute în 9 cazuri de psihoză maniaco-depresivă în care glandele au fost obţinute de la necropsie.

1. *N. A.*, femeie de 50 de ani. Internată pentru a doua oară la 7.VI.1911. Ablaţia unui lob tiroidian la 16.XI.1916. Glanda extirpată cîntărea 6 g. Bolnava prezenta o stare hipomaniacală cu fenomene de excitaţie mai pronunţate din timp în timp. (Observaţia completă în teza lui N ă s t a s e, Iaşi, 1916). După o ameliorare trecătoare apărută puţin timp după operaţie, ea prezenta, aproximativ două luni mai tîrziu, o stare de confuzie mintală, care a durat două săptămîni, după care a urmat o nouă îmbunătăţire. Aceasta din urmă s-a menţinut şi cu toate că vindecarea nu a fost completă, bolnava ar fi putut părăsi spitalul, dacă ar fi avut condiţii familiare mai bune. Porţiunea extirpată examinată de N ă s t a s e era formată din vezicule mari cu coloid hipercromofil, cristale etc.

Partea rămasă din glandă (bolnava a murit la 23.IV.1919, cu edeme multiple) cîntărea 6 g. Era formată din foliculi de dimensiuni variabile, mari, mijlocii şi mici : de formă ovoidă, lunguiaţă etc. Într-un mare număr din ei peretele prezenta un aspect dantelat. Celulele peretelui erau cilindrice înalte, foarte bogate în granulaţii lipoidice, mai ales la polul lor extern. În cea mai mare parte din vezicule, coloidul avea un aspect reticulat, dînd impresia unei consistenţe mai fluide decît de obicei. În unii din ei s-a observat coloid hipercromofil sau corpusculi sferici şi bazofili.

Glanda prezenta deci structura descrisă de către numeroşi autori, drept caracteristică pentru porţiunea rămasă pe loc după ablaţia parţială.

Se pare că prezenţa acestei modificări, care nu se întîlneşte totdeauna după extirparea parţială, se datoreşte, în acest caz, volumului mic al glandei rămase, operaţia determinînd o adevărată „foame" a organului. Starea de dezechilibru endocrin (insuficienţa ovariană) ar fi putut de asemenea să contribuie la această tulburare.

2. *O.D.*, Psihoză ciclică tipică, la o femeie de 65 de ani. Internată la 2.IX.1906. Moare la 9.I.1917. Extirpare parţială în 1915.

În timpul perioadelor de excitaţie, bolnava este foarte veselă, vorbeşte incontinuu, cîntă, dansează, uneori spune cuvinte obscene. Pierde şirul ideilor. Atenţie instabilă. Această stare durează cîteva luni, după care apare tristeţe, depresiune, imobilitate aproape completă (bolnava stînd mereu culcată în pat). Făcea uz şi chiar abuza de băuturi alcoolice. Din punct de vedere somatic remarcăm : tegumente uscate, sprîncenele rare în partea externă, exoftalmie, figură congestionată. Malare proeminente, prognatism inferior, tremurături vizibile cînd întinde mîna.

Lobul examinat era cel provenit de la necropsie şi cîntărea 14 g (după fixarea cu formol). Glanda era formată, în parte, din zone de ţesut conjunctiv destul de late (în stare de degenerescenţă mixoidă), conţinînd în ele foliculi mici şi rari care, la rîndul lor, conţineau cîte o picătură de coloid sau cel mai adesea mici grămezi celulare (4 sau 5 celule) care nu aveau o cavitate distinctă. De asemenea, se găsesc şi regiuni cu foliculi de dimensiuni diferite, cea mai mare parte din ei fiind mici şi mijlocii. Există însă şi alţii mai voluminoşi. Au formă variabilă, rotundă, ovoidă, lunguiaţă şi uneori cu marginile festonate. Forma anumitor foliculi mari lasă să se presupună o fuzionare a mai multora din cei mici. Celulele sînt în general de tip endotelioid, uneori cubice şi conţin multe granulaţii lipoidice. Coloidul din foliculi în general, are aspect normal. S-au găsit însă, în cîţiva din ei şi celule descuamate cu multe granulaţii lipoidice sau hematii colorate în acelaşi fel cu acelea din vasele sanguine sau care fixau multă hematoxilină.

3. *M. S.*, de 40 de ani. Internată la 24 mai 1907. Operată în 1915. Sucomba la 31.VIII.1917 cu edeme multiple. Bunic epileptic.

În timpul fazei de excitaţie logoree, cîntă, dansează, pierde şirul ideilor, atenţia instabilă, insomnie. Halucinaţii sau iluzii (?) vizuale. Dispoziţie în general, mai mult irascibilă decît euforică. În timpul perioadelor de depresiune plînge, se preocupă de soarta familiei. Pretinde că vor s-o omoare, dar că nu va putea muri, fiindcă are multe păcate. Craniu dolicocefal. Gît gros. Tiroida nu este palpabilă. Ţesut adipos bine dezvoltat. Menstruaţia regulată. S-a examinat lobul rămas pe loc, a cărui greutate, după fixare, era de 14 g. Benzi de ţesut conjunctiv fibros şi des despart lobulii, pătrunzînd apoi în interiorul acestora şi izolînd foliculii unii de alţii. S-ar putea spune că aproape fiecare folicul este despărţit în acest fel. Aceştia din urmă sînt în general foarte mici, cu coloid hipercromofil sau fără conţinut vizibil. Celulele sînt, în general, cubice sau chiar prismatice cu foarte multe granulaţii lipoidice. Nucleii destul de bogaţi în cromatină. În anumiţi foliculi, celulele descuamate, cu foarte multe granulaţii lipoidice. Destul de rar, cîte un folicul de mărime normală şi în mod excepţional cîte o veziculă ectaziată.

4. *G. H.* Internată la 4.IX.1917. Moare la 1.III. 1918, cu edeme multiple. Ea prezenta la început o stare categoric maniacală, cu euforie foarte caracteristică ; mai tîrziu a urmat o perioadă de depresiune cu inhibiţie psihomotoare foarte accentuată. Tiroida (12 g) cu foliculi de dimensiuni variabile mai ales mici şi mijlocii, cu toate că s-au găsit şi alţii mai voluminoşi, dar în general, nu poate fi vorba de ectazie. Forma lor este adesea rotunjită, uneori ovoidă, poliedrică şi pentru un mic număr se poate presupune ca fiind verosimilă fuziunea mai multor foliculi vecini într-unul singur. Celulele peretelui sînt cel mai des cubice, mai rar plate. Nucleii cu granulaţii cromatice destul de abundente şi protoplasma celulară cu multe granulaţii lipoidice. Foliculii plini cu coloid normal, ca aspect. Destul de rar acesta este mai puternic colorabil sau se întîlneşte cîte un mic bloc de coloid hipercromofil. Nu există prea multe celule descuamate. Mai frecvent s-au observat, în cavitatea unora dintre foliculi, numeroase hematii bazofile.

5. *L. M.*, de 40 de ani. Căsătorit. Internat la 23.XI.1913. Moare la 30.V.1918 de tuberculoză pulmonară. Statură mijlocie. Uşoară exoftalmie. Mişcări multe, orientare bună. Delir de autoacuzare, de ruină, de negaţie. El nu există, nu are organe. Familia sa, oraşul, nu mai există. El i-a omorît pe toţi etc. Foarte rar se arată mai vesel, mai comunicativ.

Tiroida (12 g) era formată din foliculi de dimensiuni variabile, predominînd cei mijlocii şi mai ales cei mici. Nu s-au găsit vezicule cu ectazie vizibilă. Forma lor cel mai adesea rotunjită, uneori ovoidă, mai mult sau mai puţin regulată. Celulele peretelui sînt cubice sau joase în cîţiva foliculi şi de tip endotelial în cea mai mare parte din ceilalţi. Ele sînt bogate în granulaţii lipoidice, aşezate de o parte şi de alta a nucleului. Acesta din urmă conţine destul de multe granulaţii cromatiniene. În mulţi foliculi, şi mai ales în cei mici, coloidul este de tip bazofil. Dar ceea ce este în special caracteristic pentru această glandă, este numărul mare de foliculi conţinînd numeroase hematii bazofile, care ocupă adesea toată cavitatea foliculară. Ele sînt uneori impregnate de granulaţii lipoidice şi amestecate pe alocuri cu celule descuamate bogate în lipoizi, sau cu blocuri neregulate de coloid bazofil. De asemenea, se observă în mulţi foliculi cristale octaedrice pe care le considerăm de aceeaşi natură cu acelea semnalate recent de Buscaino (mai ales în tiroida epilepticilor, dar şi la alţi bolnavi şi chiar în melancolie).

6. *N. G.*, femeie căsătorită, de 60 de ani. Internată la 13.III.1918. Moare în urma unei enterite la 17.IX.1918. Tară nevropatică ereditară. Tulburări psihice îmbrăcînd forma unei melancolii anxioase, apărute în urma morţii soţului său. Refuză să mănînce. Se plînge şi de sufocări. Plînge. Îşi doreşte moartea. S-a aruncat de la primul etaj ca să se sinucidă. Privire anxioasă. Figură congestionată.

Tiroida (18 g) este formată din foliculi de dimensiuni variabile, predominînd cei mici şi mijlocii. S-au găsit de asemenea rare vezicule chistice, de obicei de formă rotunjită. Celulele sînt cubice joase şi mai des endotelioide. Conţin multe granulaţii lipoidice. În cea mai mare parte a foliculilor, coloidul are o coloraţie normală. Pe alocuri s-a găsit totuşi şi coloid hipercromofil conţinînd uneori cîteva celule descuamate, bogate în lipoizi. Mai menţionăm şi alteraţiile de scleroză puţin pronunţate în multe regiuni, strîngînd în mijlocul lor şi sufocînd foliculii care sînt foarte mici, uneori atrofici.

7. *T. T. M.* de 39 de ani. Internat la 26.III.1916. Mort la 21.X.1918 cu edeme multiple. Melancolie stuporoasă şi sindactilie.

Tiroida (12 g) este formată mai ales din vezicule voluminoase, chiar chistice, de cele mai multe ori de formă poliedrică neregulată cu unghiuri mai mult sau mai puţin rotunjite Într-o măsură mai mică există şi foliculi mici şi mijlocii. Celulele peretelui sînt uneori cubice, joase, deseori însă sînt şi mai plate, chiar endotelioide. Ele sînt destul de bogate în granulaţii lipoidice, au nucleii bine coloraţi, cu destul de multe granulaţii cromatiniene şi în general, conţinînd un nucleol perfect vizibil. În cea mai mare parte a veziculelor, coloidul are aspect normal, nefiind hipercromofil decît într-un mic număr din cei mici. S-au găsit de asemenea şi cîţiva foliculi mari cu coloid hipercromofil sub formă de blocuri împrăştiate. Pe alocuri s-a găsit şi coloid cu multe celule descuamate, în grămezi, sudanofile putînd să ocupe întreg lumenul folicular, conţinînd uneori şi hematii bazofile. În ţesutul conjunctiv se pot vedea cîteva celule poliedrice pline de granulaţii lipoidice. S-au găsit şi locuri cuprinse de o scleroză accentuată. Tot aşa s-au putut observa nişte spaţii rare (limfatice ?) pline cu coloid.

8. *E. S.*, de 46 de ani. Internată la 27.X.1917. Moartă în urma unei gangrene rectale. Bolnava bine orientată în spaţiu, mai puţin bine în timp. Expresie tristă. Mişcări lente. Voce slabă. Exoftalmie. Menstruaţia la 15 ani. Durata menstrelor 7—8 zile. Menopauză de 1 an. Ţesut adipos bine dezvoltat. Tegumentele feţei palide. A avut în două sau trei rînduri o descuamare scarlatiniformă.

Tiroida (8 g) este formată din foliculi mijlocii sau mici şi chiar foarte mici atrofici. Veziculele mari sau ectaziate sînt excepţionale. Forma lor este rotundă sau ovală, lunguiaţă şi chiar tubulară, uneori mai mult sau mai puţin dantelată. În marea majoritate a veziculelor, epiteliul este format din celule cubice înalte sau chiar prismatice. Ele conţin granulaţii lipoidice în mare cantitate în partea dinspre lumenul folicular. Nucleii au destul de multe granulaţii de cromatină şi un nucleol bine vizibil. Conţinutul (folicular) nu seamănă decît rareori cu coloidul normal. Uneori pare mai fluid, de obicei este bazofil sau este reprezentat prin corpusculi — care corespund „grămezilor sudanofile" descrise de Buscaino — celule descuamate şi mai ales prin hematii bazofile mai mult sau mai puţin identificabile. Acestea din urmă umplu cu desăvîrşire lumenul numeroşilor foliculi. Ţesut conjunctiv abundent destul de dens, numeroase vezicule adipoase.

9. *M. J.*, femeie de 60 de ani, văduvă. Internată la 5.V.1912, moartă la 17. XI.1916. Tatăl s-a spînzurat (pelagră). Bolnava este alcoolică şi pelagroasă. Tremurături ale degetelor. Sprîncene îmbinate. Numeroase fire de păr deasupra buzei superioare. Statură mică. Se țîn-

guiește încontinuu. Prezintă un delir de negație foarte accentuat. Spune că medicul este diavolul. Pare să aibă halucinații vizuale zoopsice (vede șerpi).

Greutatea tiroidei : 37 g. În lobul sting s-a găsit un nodul de mărimea unei cireșe. Existau de altfel și în alte locuri formații nodulare înconjurate și despărțite de benzi de țesut conjunctiv. La examenul microscopic glanda era formată în unele părți din vezicule voluminoase sau mijlocii, în altele din foliculi mici. Forma lor era rotunjită sau ovoidală, lunguiață etc. Cel mai adesea celulele sînt de tip endotelioid cu multe granulații lipoidice. Pe alocuri, foliculii sînt așezați în formă de rozetă în jurul unui nucleu de țesut conjunctiv, bogat în granulații lipoidice. În anumite regiuni, țesutul conjunctiv este abundent. Ici și colo, el conține vezicule adipoase.

Dacă se aruncă o privire de sinteză asupra cazurilor pe care le-am amintit mai sus, se observă că, în psihozele afective, tiroida suferă foarte des modificări; în primul rînd se constată o mărire a volumului său. În 3 din 8 cazuri de mărire a volumului tiroidei lobii extirpați erau voluminoși și greutatea lor (după fixare ceea ce mărește greutatea organelor prin imbibiție) a fost destul de ridicată (21, 27 și 28 g). S-au găsit de asememenea și glande cu volum redus. La microscop se observă deseori o producție abundentă de coloid sau cel puțin acumularea lui în vezicule. În anumite cazuri (2 din 8) s-a găsit coloid bazofil sau hematii bazofile intrafoliculare în mare cantitate. Acest fapt a fost menționat și în 2 cazuri de melancolie unde glanda a fost obținută prin operație. De asemenea este de reținut faptul că un caz de manie, la care am găsit numeroase hematii foliculare, începuse printr-o fază de melancolie. La al doilea bolnav suferind de melancolie, s-a găsit o gușe chistică.

În cazurile în care glanda provenea de la necropsii, alterările sînt aproape o regulă. Reținem greutatea redusă a tiroidei în 5 din 6 cazuri, la care greutatea totală a organului era cunoscută. În al șaselea caz glanda era voluminoasă. Modificările microscopice erau tot așa de frecvente. Reținem mai ales prezența obișnuită a coloidului hipercromofil și a hematiilor bazofile, în melancolie. Existența primului ne arată că în antecedentele mai mult sau mai puțin îndepărtate ale bolnavului, s-au produs hemoragii, intrafoliculare. Faptele pe care le expunem sprijină după cît se pare, teoria tiroidiană a psihozelor afective. În mai multe cazuri, ceea ce pare a interveni în primul rînd sînt fenomenele de ordin tiroidian. În altele — mai ales în melancolie — constatăm mai curînd contrariul și concluziile noastre concordă cu cele făcute în unele cazuri și de către alți autori (Blum și Mott, Laignel-Lavastine). Dar credem, că în anumite cazuri de melancolie, intervine și hipertiroidia. Pentru menținerea unui echilibru afectiv, trebuie să admitem un optim de secreție glandulară. Echilibrul este tulburat atît peste cît și sub acest optim.

Este posibil să se producă unele modificări calitative ale secreției — de pildă din cauza hemoragiilor intrafoliculare și acumulării de coloid bazofil sau hematii bazofile etc. — care să intervină și ele în tulburările echilibrului afectiv (și în general nervos). Tulburările afective și nervoase pot, la rîndul lor, să aibă răsunet și să modifice funcția tiroidiană, însă părerea noastră este că, cel puțin în multe cazuri, în apariția psihozelor, ca și atunci cînd există o gușe sau o glandă prea mică, începutul a fost făcut de o tulburare endocrină.

În sfîrşit, alte tulburări glandulare (mai ales ovariene) pot interveni direct sau prin intermediul altor glande (tiroida în primul rînd) în determinismul psihozei. În trecere, menţionăm frecventa indicaţie de tiroidectomie în psihozele afective (mai ales de tipul maniacal) acolo unde celelalte tratamente care acţionează scăzînd activitatea tiroidiană sau cel puţin fenomenele care în general îi sînt atribuite (în mod greşit sau pe bună dreptate) nu a dat rezultate. Aceste fenomene se confundă însă în mare parte cu cele de insuficienţă ovariană, de aceea trebuie să avem în vedere în primul rînd opoterapia cu această glandă. Am constatat deseori rezultate bune prin injecţii intramusculare sau intravenoase de lipoizi ovarieni.

ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ АФФЕКТИВНЫХ ПСИХОЗАХ

(КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ)

Один из авторов (К. И. Пархон) еще в 1906 году утверждал, что в патогенезе аффективных психозов важную роль играют нарушения функции щитовидной железы.

В настоящей статье приводятся вкратце патологоанатомические данные, полученные в результате собственных исследований, а также найденные в работах других авторов, в том числе данные Нэстасе, который исследовал щитовидные железы, взятые у оперированных маниаков или меланхоликов.

Излагаются также результаты гистопатологического исследования 10 щитовидных желез, полученных путем оперативного вмешательства, и 9 желез, полученных в результате вскрытия больных с тем же психиатрическим диагнозом (мания, меланхолия, маниакально-депрессивный психоз).

Авторы приходят к заключению, что щитовидная железа очень часто оказывается измененной при аффективных психозах, причем чаще всего наблюдается гипертрофия органа.

Гистологические изменения были найдены в большинстве срезов материала, полученного путем вскрытия или оперативного вмешательства.

Расстройства функций яичников также могут участвовать в развитии психоза.

Там, где антитиреоидное лечение оказывается безрезультатным (в особенности, если речь идет о мании), тиреоидэктомия может дать благоприятные результаты.

RECHERCHES ANATOMO-PATHOLOGIQUES SUR LA GLANDE THYROÏDE DANS LES PSYCHOSES AFFECTIVES

(RÉSUMÉ)

L'un des auteurs (C. I. Parhon) a soutenu dès 1906 que les troubles de la fonction thyroïdienne jouent un rôle important dans la pathogénie des psychoses affectives.

On résume les données anatomo-pathologiques qui résultent des recherches personnelles et de celles d'autres auteurs, dont Năstase, qui a examiné les thyroïdes prélevées lors de l'opération des malades maniaques ou mélancoliques.

On présente également l'examen histopathologique de 10 autres glandes prélevées chirurgicalement et de 9 glandes provenant de nécropsies de malades ayant le même diagnostic psychiatrique (manie, mélancolie, psychose maniaco-dépressive).

En conclusion, dans les psychoses affectives, la thyroïde est souvent modifiée, l'hypertrophie étant particulièrement fréquente.

Des altérations histologiques ont été observées sur la majorité des coupes provenant des pièces obtenues à la nécropsie ou à l'opération.

Les troubles ovariens peuvent également intervenir dans le déterminisme de la psychose.

Lorsque la médication antithyroïdienne n'est pas efficace (surtout lorsqu'il s'agit de manie), la thyroïdectomie pourrait être indiquée.

CERCETĂRI ANATOMOPATOLOGICE ASUPRA GLANDEI TIROIDE ÎN DELIRURILE CRONICE *

Într-o lucrare anterioară, ne-am ocupat de aspectul glandei tiroide în psihozele afective, şi am arătat cît de des este alterat acest organ. Se poate face o constatare asemănătoare în delirurile cronice, pe care mai mulţi autori şi mai recent Stocker le-au asemănat cu psihozele afective. Într-un raport prezentat Congresului Internaţional de Neurologie şi Psihiatrie ţinut la Gand (1913), unul dintre noi s-a exprimat în legătură cu acest lucru în felul următor:

„Pentru delirurile cronice mai mult sau mai puţin sistematizate, pot fi probabil găsite tulburări de origine diferită.

Între acestea din urmă, cred că este cazul să distingem un grup întîlnit la femei în epoca menopauzei sau cu menopauză precoce, cu fenomene ca: palpitaţii, tahicardie, congestia feţii, valuri de căldură, tremurături, irascibilitate amintind tulburările de tip hipertiroidian. Aceste bolnave au mai ales idei de persecuţie, probabil în legătură cu irascibilitatea. Deşi diferite prin simptomatologie, aceste tulburări îmi par, prin patogenia lor de natură endocrină, apropiate de melancolie. Adesea, ca într-un caz pe care l-am studiat, se găseşte, de altfel, un amestec de idei de persecuţie cu inhibarea psihomotoare a melancoliei".

Mai tîrziu, într-o lucrare cu Odobescu, revenind asupra aceleiaşi probleme privind sindromul psihoendocrinian caracterizat prin idei paranoide şi tulburări tiroovariene, am ajuns la concluzii asemănătoare.

Multe din cazurile pe care le vom studia aci, intră cu siguranţă în această categorie. Înainte de a trece la expunerea cercetărilor proprii amintim pe scurt observaţiile anterioare, tratînd acelaşi subiect.

În 5 cazuri de delir cronic, s-a găsit greutatea medie a glandei tiroide de 27 g; în 3 cazuri, glanda cîntărea mai puţin de 20 g; o dată

---

* În colaborare cu Alice Stocker. Publicată în „Bulletins et mémoires de la Société de neurologie, psychiatrie, psychologie de Jassy", iunie 1920, nr. 1.

între 20 şi 30 g şi o dată peste 30 g (70 g, cazul lui Ramadier şi Marchand). Din punct de vedere microscopic. Amaldi (1897) a descris alterări ale glandei în 3 din 5 cazuri; într-unul din aceste cazuri exista un proces iniţial de atrofie difuză, cu creşterea ţesutului conjunctiv; în al doilea se constata de asemenea o atrofie intensă şi difuză cu foliculi lipsiţi de conţinut şi cu desăvîrşire inactivi; în al treilea caz i s-a dat glandei calificativul de *insuficientă*. Perrin de la Touche şi Dide (1904), în 2 cazuri de delir sistematizat cu caracter fantastic, găsesc o dată cantitatea de coloid mărită; data cealaltă însă, nu apar modificări microscopice. Într-un caz de paranoia studiat de Guberman (1904) istmul tiroidian era sediul unor alterări parenhimatoase, lobul stîng prezenta o guşă voluminoasă, în timp ce în cel drept se dezvoltase un adenocistom cu porţiuni osificate, alternînd cu altele de proliferare.

În cazul mai sus arătat, unde glanda cîntărea 70 g, Ramadier şi Marchand (1908) au găsit în lobul stîng al glandei numeroase chisturi coloide mici. Din punct de vedere microscopic s-a observat o scleroză difuză cu multe zone de atrofie, unde celulele epiteliale erau aşezate fără ordine. Veziculele aveau puţină substanţă coloidă. Clinic, cazul fusese denumit „delir megalomaniac sistematizat''. Într-un caz de delir de „persecutat persecutor'', greutatea glandei nu era decît de 12 g. A fost observată o uşoară scleroză perilobulară. Configuraţia microscopică era foarte neregulată.

Într-un caz de delir cronic sistematizat, pe care unul din noi l-a studiat împreună cu Mateescu şi Ţupa, glanda tiroidă (15 g) era formată mai ales din vezicule mici sau mijlocii cu celule cubice, avînd multe granulaţii lipoidice, iar unele din ele conţinînd pigment de culoare castanie. Coloidul, în general, de aspect normal. Cel hematoxilinofil puţin abundent. În numeroase vezicule, celule descuamate. Intensă scleroză perivezicularā. În rest, scleroză mai redusă, vezicule ectaziate.

La un bolnav suferind de ani îndelungaţi de un delir de persecuţie şi megalomanie, Urechia şi Odobescu au găsit tiroida (40 g) cu foliculi dilataţi, coloid bazofil, celule plate şi unele descuamări. Uşoară scleroză.

În al doilea caz (bărbat de 69 de ani) — semănînd cu precedentul — glanda era foarte sclerozată şi coloidul de tip hematoxilinofil.

Dăm acum rezultatul cercetărilor noastre asupra glandei tiroide în 6 cazuri de delir cronic. Toate acestea pot fi considerate — după părerea noastră — ca făcînd parte din sindromul demenţei paranoide şi, dintr-un punct de vedere mai general, cel puţin 4 din cele 5 cazuri privind femeile se încadrează în sindromul psihoendocrinian, pe care unul din noi l-a studiat împreună cu Odobescu.

B.S., femeie de 33 de ani. Internată la 2.VII. 1917. A fost bolnavă şi în 1908 în timpul unei perioade de amenoree. A încercat atunci o tentativă de sinucidere. Apoi, s-a vindecat restabilindu-i-se şi menstrele. Bolnava prezintă un delir paranoid. Se crede persecutată. Pretinde că i se dă să mănînce carne de om, şi adesea refuză să se alimenteze. Îşi cheamă copiii (pe care nu-i are). Spune că ori de cîte ori era bolnavă, începînd de la vîrsta de 4 ani (!), năştea copii. Schimba mereu numele personalului, atribuindu-le numele altor personaje cu care aceştia au o mai mare sau mai mică asemănare fizică. Aceeaşi confuzie şi în ceea ce priveşte orientarea în spaţiu. Foarte irascibilă. Din punct de vedere fizic se observă o mare

congestionabilitate a feței, care devine violacee atunci cînd bolnava este în furii și țipă, ceea ce i se întîmplă foarte des. În același timp, tiroida își mărește foarte mult volumul.

I s-a extirpat un lob tiroidian în iunie 1919. Acesta nu cîntărea totuși mai mult de 5 g. Glanda era formată mai ales din foliculi de dimensiuni mici sau mijlocii. Mai rar s-au găsit și foliculi mai mari, dar nu se poate vorbi de o ectazie evidentă.

Forma veziculelor era variabilă, rotunjită, biloculară, alungită și foarte deseori dantelată. În multe din ele, celulele erau cubice joase și chiar endotelioide, pe cînd în altele, tot atît de numeroase — ele erau cubice înalte și chiar „cilindrice". Nucleii erau ovalari, cu axul mare longitudinal sau transversal după forma celulei, destul de bogați în cromatină. În cea mai mare parte a foliculilor, coloidul prezenta reacții tinctoriale normale. Existau însă și unii în care coloidul mai deschis la culoare avea un aspect vacuolar și dădea impresia unei fluidități mai mari. La periferia coloidului și în interiorul lui, se întîlneau vacuole în mulți foliculi (prin retracția coloidului coagulat de către reactivi ?).

Celule descuamate nu erau prea numeroase, cu toate că puteau fi întîlnite pe alocuri. Țesutul conjunctiv nu era prea abundent. Foarte frecvente capilare în vecinătatea veziculelor sau chiar în contact intim cu acestea.

M. P., de 55 de ani. Internată la 17.VII.1917. Operată în septembrie 1917. A ieșit din spital la 2.XII (1917), fără ca starea ei să fi fost simțitor îmbunătățită. Totuși, curînd după revenirea în mijlocul familiei, a devenit normală sau aproape normală, timp de 4 luni ; apoi tulburările au reapărut. Prezintă, de mult timp, o hipertrofie tiroidiană și în urmă cu mulți ani a suferit o ovariectomie.

De origine germană, ea se crede persecutată mai ales de către un tînăr compatriot despre care ea știe că s-a sustras obligațiilor de a merge pe front. Acesta, pentru ca s-o sperie să nu-i divulge secretul, îi trimite prin intermediul unor aparate electrice radiații calde (insuficiență ovariană ?) și violete și mai cu seamă insulte triviale.

I s-a extirpat un lob tiroidian care cîntărea 29,50 g. La examenul microscopic părea constituit din regiuni cu vezicule ectaziate, chiar chistice — a căror origine cel puțin pentru o parte din ele pare a fi fuziunea mai multor foliculi — și din regiuni în care foliculii sînt mici și chiar foarte mici și foarte numeroși. Țesutul conjunctiv este de constituție lamelară în general puțin abundent, între vezicule. Forma foliculilor mici este adesea rotunjită, și a celor mari este mai neregulată, aceasta fiind în parte datorită faptului că aici s-au fuzionat mai multe vezicule. Foliculii mari ca și cei mici sînt plini de coloid cu reacții tinctoriale normale, dar avînd pe alocuri celule descuamate, de altfel puțin numeroase. S-au văzut de asemenea și unii foliculi conținînd hematii hematoxilinofile, însă slab colorate. Cea mai mare parte a celulelor îmbracă forma endotelioidă, dar s-au găsit și celule cubice. În general, ele nu prezintă granulații lipoidice distincte, în schimb, în multe locuri, toată protoplasma celulară s-a colorat cu Sudan într-un mod mai puțin intens, însă nucleii sînt bogați în cromatină și cu nucleoli foarte vizibili. Ici și colo s-au putut observa nuclei al căror volum era de două ori mai mare decît al unuia obișnuit și cu aspect mai veziculos. Pe alocuri, țesutul conjunctiv a suferit degenerescența mixoidă.

Dar ceea ce caracterizează mai ales această glandă, este prezența unor focare numeroase și mai voluminoase de celule limfocitoide, ocupînd spațiul dintre pseudolobuli și infiltrîndu-se adesea în interiorul lor, sufocînd astfel foliculii.

P. M., de 55 de ani. Căsătorită. Internată la 17.VI.1916. Talie mică (1,48 m.). Semnul sprîncenii. Aspect senil cu colorația pămîntie a feței, riduri numeroase. Părul alb. Tiroida cu volum vizibil mărit. Menopauză de 4 ani. Transpiră mult. Orientarea destul de bună în timp și spațiu. Nu se crede bolnavă. Idei de persecuție și megalomanie. Își spune „eleva Domnului", și „fiica poporului". Erotism, irascibilitate cu cuvinte și gesturi obscene. Uneori accentuată euforie. Pare să fi avut iluzii și halucinații.

Operată la 29.X.1919. Greutatea lobului extirpat, fixat în formol, a fost de 37 g. Microscopic, s-au observat în glandă formațiuni nodulare, pe care microscopul le arată ca fiind constituite dintr-o capsulă conjunctivă, incluzînd în interior mici foliculi așezați în șiruri pe lamele ei. Acești foliculi foarte mici, aveau în general forma rotunjită (sferoidă sau ovalară) și erau formați din celule cubice joase sau cel mai frecvent endotelioide, bogate în granulații lipoidice. Nucleii destul de bogați în cromatină.

Coloidul de aspect normal, dar în interiorul lui, se întîlneau ici și colo, cîteva celule descuamate, foarte bogate în granulații lipoidice, sau în hematii, a căror capacitate de a fixa coloranții nu era alterată. Pe alocuri exista o mare abundență de capilare pline de sînge. Conținutul nodulilor era format din vezicule cu mult coloid, înghesuite unele în altele,

de dimensiuni variabile, deseori foarte mărite, chistice şi de formă tot atît de variabilă: rotunjită, lunguiaţă, uneori dantelată. Nodulii rezultă din fuziunea mai multor vezicule sau dintr-un fel de lipire a unei serii de vezicule externe în jurul celor din partea centrală.

Celulele destul de bogate în granulaţii lipoidice. În unele locuri se întîlneau între vezicule, cîteva insule de ţesut adipos. S-au găsit regiuni cu ţesut conjunctiv sclerozat sau mai curînd care suferise degenerescenţa mucoasă sau care luase aspectul complet omogen, dînd impresia unei mase cu aspectul asemănător coloidului folicular, avînd în interiorul său foliculi împrăştiaţi şi destul de distanţaţi unii de alţii. Am întîlnit de asemenea şi un mic focar de infiltraţie cu celule limfocitoide.

M. L., de 42 de ani. Căsătorită. Internată la 30. V.1919. Operată la 7.VII.1919. Iese din spital la 14.VII. fără ameliorare vizibilă. Totuşi fiica ei ne-a declarat apoi că ameliorarea s-a produs după scurt timp. Bolnavă de 3 ani. Cefalalgii, vise urîte, se crede sub o influenţă străină. Se plînge de imoralitatea lumii. Îi place să protejeze pe ţărani şi refuză să servească (funcţionară la poştă) pe cei bogaţi. Se credea persecutată şi îşi schimba deseori domiciliul şi chiar oraşul. Vroia să reformeze lumea. În ospiciu refuza alimentele, era foarte irascibilă. Nu vroia să doarmă în patul ei, ci într-unul improvizat din scaune. Citea cu voce tare. Insomnii. Uneori cînta şi dansa în timpul nopţii. Slăbită. Tiroida mărită puţin de volum.

Operată la 7.VII, 1919. Lobul extirpat cîntărea 16 g (după fixare în soluţie de formol). Glanda era formată din vezicule de volum mijlociu sau mic şi pe alocuri din vezicule mai mari, de formă variabilă, ovoidă, dantelată, rezultînd din fuziunea mai multor vezicule. Celulele uneori cubice, cel mai des endotelioide cu destul de multe granulaţii lipoidice. Asemenea granulaţii ca şi hematii au putut fi observate în unii foliculi mici. Ici şi colo s-a găsit şi un cristal romboidal de tipul descris recent de B u s c a i n o (în epilepsie, demenţă senilă etc.). În spaţiile dintre unele vezicule au fost observate insule adipoase. Prezenţa celulelor de tip limfocitoid a fost remarcată în mai multe regiuni.

M. P., femeie de 33 de ani. Internată la 27.IV. 1913. Moare de tuberculoză pulmonară şi „boala edemelor" la 27.IV.1917. Statură mai mult mică. Frunte joasă. Slăbită. Tulburări menstruale. Halucinaţii auditive. Idei de persecuţie. I se pare că este sugestionată de către o doamnă, care influenţează tot prin sugestie personalul ospiciului să-i pună otravă în mîncare, aşa că refuza hrana. Se crede într-o casă rău famată. Face caz de faptul că era institutoare. Scrie reclamaţii adresate unor personalităţi marcante, printre care un ministru al instrucţiunii mort de multă vreme. Glanda tiroidă (23 g) prezintă o intensă scleroză peri- şi intralobulară şi destul de frecvent perifoliculară. Fîşii de ţesut conjunctiv sclerozat desparte uneori nodulii în interiorul cărora s-au găsit, pe lîngă foliculi de mărime mică sau mijlocie, şi vezicule chistice. S-au observat, de asemenea, numeroşi (foliculi) foarte mici, atrofici. Cea mai mare parte a foliculilor sînt de formă sferică, alţii lunguieţi mai mult sau mai puţin regulaţi. Celulele, uneori cubice joase, sînt cel mai adesea de tip endotelioid.

Majoritatea foliculilor au un conţinut de tip hipercromofil (sau bazofil), în totalitate sau mai curînd sub forma unei mase centrale puternic colorate înconjurată de una sau mai multe zone mai puţin colorate, sau chiar sub formă de blocuri sau bulgări împrăştiaţi într-o masă de coloid cu aspect normal. Celulele descuamate destul de numeroase plutesc în conţinutul unor foliculi.

A. M., bărbat, de 28 de ani. Celibatar. Tată alcoolic, mama posibil să fi fost isterică. În urma morţii tatălui său, i se tulbură spiritul, devine agresiv. Mama şi familia sînt responsabili de moartea tatălui său, care era o înaltă personalitate, cînd Isus Hristos, cînd prinţul C.etc. Datorită titlurilor sale ereditare, bolnavul ameninţă personalul spitalului cu pedepse grozave. Foarte irascibil. Pronunţată exoftalmie. Pulsaţia carotidelor. Uneori tahicardie. Tiroida puţin mărită. Faţa congestionată. Tegumentele umede. Tremurături cu oscilaţii fine şi numeroase. Reflexe rotuliene uşor exagerate. I s-a făcut hemitiroidectomie. Lobul extirpat (8 g), prezenta, din punct de vedere microscopic, adesea dispoziţie nodulară, fîşii de ţesut conjunctiv fibros împrejmuind o masă de foliculi. În multe regiuni, foliculii sînt de dimensiuni mici, însă se pot observa de asemenea, şi din cei mari şi chiar vezicule chistice. Cel mai adesea forma lor este ovoidală cu celule plate endotelioide cu multe granulaţii sau picături lipoidice. În anumiţi foliculi se pot observa celule descuamate bogate în granulaţii lipoidice. În mai multe vezicule s-a găsit, de asemenea, şi coloid hipercromofil.

Alterările tiroidiene au fost prezente în toate aceste cazuri, mai ales în primele 5.

În primul caz volumul real al glandei, cu toată aparenţa sa clinică, se pare că era redus (lobul extirpat cîntărea numai 5 g). Mărimea tiroidei observată în clinică, era în legătură cu

congestionarea ei în momentul crizelor de mare irascibilitate şi excitaţie. Starea funcţională rămîne discutabilă.

La următoarele 3 cazuri, glanda, ca şi greutatea ei totală probabilă (apreciată după aceea a lobului extirpat), a fost mare, sau chiar foarte mare. Specificăm în cele 3 cazuri infiltrarea, uneori foarte importantă, de celule limfocitoide. Cu toate că nu avem certitudine asupra stării funcţionale se poate presupune o alterare în sensul unei hiper sau hipofuncţii. Nu insistăm asupra ultimelor două cazuri, în care tiroida provenea din necropsie.

Cazurile noastre sprijină ipoteza legăturii între tulburările funcţiei tiroidiene şi delirurile cronice, ipoteză emisă de unul dintre noi, împreună cu Odobescu şi pe care au susţinut-o de asemenea Obregia şi Bruteanu.

ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БРЕДЕ

(КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ)

К. И. Пархон и Одобеску показали, что некоторые формы хронического бреда следует рассматривать как родственные аффективным психозам состояния, которые можно включить в рамки психоэндокринного синдрома, характеризующегося параноидными идеями и тиреоовариальными расстройствами.

Этот синдром возникает в климактерическом периоде или у женщин с ранней менопаузой и отличается такими явлениями, как сердцебиение, тахикардия, гиперемия лица, приливы крови к голове, подергивания, раздражительность. У этих больных нередко наблюдаются, в связи с раздражительностью, бредовые идеи преследования.

В настоящей статье приводятся результаты патологоанатомического исследования 6 случаев хронического бреда, из которых в 4 случаях срезы щитовидной железы были получены в результате операции.

Большинство этих случаев определенно включается в вышеописанный синдром.

Во всех исследованных случаях были обнаружены поражения щитовидной железы. У 3 из 4 оперированных больных щитовидная железа имела большие и даже очень большие размеры. У этих больных отмечена также обильная лимфоцитарная инфильтрация.

Авторы считают себя в праве утверждать, что в данном случае они имели дело, повидимому, с гиперфункциональными щитовидными железами.

Эти случаи подтверждают гипотезу о связи между функциональными расстройствами щитовидной железы и случаями хронического бреда.

RECHERCHES ANATOMO-PATHOLOGIQUES SUR LA GLANDE THYROÏDE DANS LES DÉLIRES CHRONIQUES

(RÉSUMÉ)

C. I. Parhon et Odobescu considèrent que certains délires chroniques doivent être rapporchés des psychoses affectives et qu'ils peuvent rentrer dans le cadre d'un syndrome psycho-endocrinien, caractérisé par des idées paranoïdes et des troubles thyréo-ovariens.

Ce syndrome apparaît à l'époque de la ménopause ou, parfois, chez les femmes ayant une ménopause précoce ; il est caractérisé par des palpitations, tachycardie, congestion faciale, bouffées de chaleur, tremblements, irascibilité. Les malades ont souvent des idées de persécution en rapport avec l'irascibilité.

On étudie, du point de vue anatomo-pathologique, six cas de délire chronique : dans quatre de ces cas, des fragments de thyroïde avaient été prélevés par opération.

La majorité de ces cas peuvent certainement rentrer dans le syndrome décrit plus haut.

Dans tous les cas étudiés il y avait des lésions thyroïdiennes. Dans 3 des 4 cas opérés, la thyroïde était grande ou très grande. Dans ces cas, il y avait aussi une forte infiltration lymphocytaire.

Les auteurs considèrent que, dans ce cas, il est juste de supposer ces thyroïdes hyperfonctionnelles.

Ces cas viennent soutenir l'hypothèse des connexités entre les troubles de la fonction thyroïdienne et les délires chroniques.

OBSERVAŢII HISTOPATOLOGICE ASUPRA TIROIDEI LA ALIENAŢI *

(EPILEPSIE, PARALIZIE GENERALĂ, DEMENŢĂ PRECOCE, PELAGRĂ ETC.)

În două comunicări anterioare am studiat modificările tiroidei la maniaci, melancolici şi deliranţi cronici.

Acum vom arăta rezultatele cercetărilor în alte afecţiuni mintale (epilepsie, paralizie generală, pelagră, demenţă precoce, demenţă senilă etc.).

Dăm o privire de ansamblu asupra cazurilor pe care le-am examinat. Am studiat glanda tiroidă în 21 de cazuri de epilepsie. Vîrsta bolnavilor varia între 8 şi 34 de ani. Vom da aici numărul mijlociu al acceselor pentru diferiţi bolnavi ca şi greutatea glandei (după fixarea în formol de 10%).

		vîrsta (ani)	*sex*	*nr. accese*	*tiroida (în g)*
1)	*I.T.*	27	f	2— 7 pe lună	12
2)	*Z.R.*	31	b	1— 5 ,, ,,	30
3)	*E.H.*	38	f	1— 8 ,, ,,	21
4)	*O.T.*	8	b	4— 5 ,, ,,	13
5)	*S.H.*	29	b	40 ,, ,,	64
6)	*F.C.H.*	18	f	8—40 ,, ,,	13
7)	*R.L.*	16	f	2— 6 ,, ,,	14
8)	*A.C.E.*	17	f	1— 8 ,, ,,	12
9)	*V.S.*	24	b	pînă la 22 pe lună	15
10)	*N.N*	14	f	pînă la 10—15 pe zi	19
11)	*R.M.*	16	f	1— 7 pe lună	13
12)	*T.P.*	24	b	4—. 7 ,, ,,	22
13)	*O.Th.*	23	f	3— 5 ,, ,,	30
14)	*R.S.*	23	f	8—40 ,, ,,	8
15)	*A.M.*	8	b	1— 5 ,, ,,	3

* În colaborare cu Alice Stocker. Publicată în „Bulletins et mémoires de la Société de neurologie, psychiatrie et psychologie de Iassy", 1921, nr. 5—6.

16)	*S.B.*	32	b	2–6 pe lună	17
17)	*C.P.*	27	b	1–8 „ „	18
18)	*C.S.*	28	b	1–6 „ „	17
19)	*V.S.*	28	b	6 „ „	15
20)	*P.P.*	33	f	3–5 „ „	21
21)	*M.S.*	25	b	8–10 „ „	30

În cea mai mare parte din aceste cazuri, moartea a survenit în urma unei boli diferită de epilepsie (tuberculoză, erizipel, tifos exantematic etc.). Totuşi, în cîteva cazuri, bolnavii au murit în timpul acceselor.

În ceea ce priveşte starea glandei tiroide, semnalăm mai întîi că greutatea glandei era redusă (sub 20 g) într-un mare număr de cazuri. Ţinem seamă că la bolnavii care au depăşit 20 de ani, glanda se afla în aceste condiţii în 7 din 14 cazuri. În alte 3 cazuri, din contră, cifrele sînt ridicate: 39; 41; 64 g (chiar ţinînd seama de faptul că glandele cîştigă în greutate prin absorbţia apei din lichidele fixatoare). În ceea ce priveşte examenul microscopic, am constatat alterări mai mult sau mai puţin pronunţate, în cea mai bună parte a cazurilor pe care le-am studiat.

Nu vom da aici descrieri amănunţite. Dar trebuie să spunem că scleroza, mai mult sau mai puţin pronunţată, a fost întîlnită în majoritatea acestor cazuri (14 din 21), că celulele erau bogate în granulaţii lipoidice în 8 cazuri, dintre care 2 avînd vîrsta sub 20 de ani.

În 9 cazuri s-au găsit mulţi dintre foliculi dilataţi de coloid iar în 3 cazuri foliculii erau de dimensiuni reduse. Aşadar există 3 modificări asupra căror trebuie să insistăm mai ales: prezenţa coloidului bazofil în cantitate variabilă (cîteodată foarte abundent); prezenţa hematiilor intrafoliculare (de cele mai deseori bazofile); prezenţa cristalelor octaedrice, colorabile prin hematoxilină sau albastru de Nil.

Prima modificare se găsea în mod sigur în 15 din aceste 21 de cazuri. Hematiile intrafoliculare în 11 şi cristalele octaedrice în 8 cazuri. Unele din alteraţiile pe care le-am găsit în tiroidele epilepticilor au mai fost observate şi de alţi autori (Amaldi, Tenchini, Perrin de la Touche şi Dide, Ramadier şi Marchand, Claude şi Schmiergeld, Zalla, Jarbini, Parhon şi colaboratorii săi, Dumitrescu, Nicolau, Mateescu şi Ţupa).

Buscaino le-a studiat recent, cu multă atenţie. El a fost cel care a atras atenţia asupra cristalelor octaedrice, cărora le-a stabilit natura proteică. Pentru el accesele epileptice reprezintă crize anafilactice în legătură cu secreţia viciată a glandei tiroide, cristalele constituind mărturia microscopică. El a greşit, ca şi noi, marea frecvenţă a coloidului bazofil (sau cromofil cum îi spune el; noi însă preferăm termenul de hipercromofil). Cît despre hematiile bazofile, prezenţa lor a scăpat în general observatorilor, sau cel puţin le-au atras puţin atenţia, aceştia dîndu-le interpretări variabile (corpusculii cvasi celulari al lui Buscaino par să se refere la acestea).

Cercetările noastre ne-au făcut să admitem că coloidul bazofil este un rezultat mai îndepărtat al hemoragiilor foliculare. Hematiile bazofile

par a indica un proces hemoragic mai recent. În sfîrşit, cristalelor proteice, ale căror afinităţi tinctoriale se apropie mult de cele ale coloidului bazofil, li s-ar putea recunoaşte de asemenea o origine hematică, ele putînd deriva din coloidul bazofil. Acesta din urmă, nu reprezintă după noi un produs al secreţiei glandulare, ci este format în interiorul foliculilor, pe socoteala hematiilor extravazate în orice caz şi poate în mai mică măsură din leucocite, şi din celulele tiroidiene descuamate. Coloidul normal secretat de către celulele foliculului ar putea să dirijeze evoluţia hematiilor către această transformare neobişnuită.

Pentru a rezuma ideea vom spune că afecţiunile tiroidiene sînt foarte frecvente la epileptici şi că ele joacă poate un rol care rămîne încă de studiat în patogenia epilepsiei.

Nu poate fi contestat că există o asemănare între crizele epileptice şi cele anafilactice, dar nu ne credem autorizaţi să le identificăm fără rezerve. Acelaşi lucru se poate spune asupra părerii lui Buscaino după care crizele epileptice reprezintă crize anafilactice de origine tiroidiană. În ceea ce priveşte coloidul hipercromofil (cromofil după Buscaino, bazofil etc.), el ar fi după noi, mai curînd urmarea decît cauza accesului epileptic. El ar apărea prin hemoragiile intrafoliculare, a căror frecvenţă în convulsii pare a confirma acest lucru.

Ne putem pune întrebarea dacă nu este acelaşi lucru şi cu cristalele proteice, a căror frecventă prezenţă în tiroidele epilepticilor a stabilit-o Buscaino, fapt pe care în general, îl putem confirma.

Am examinat de asemenea 12 cazuri de demenţă precoce. În 3 din aceste cazuri, lobii examinaţi fuseseră extirpaţi operator (tiroidectomie parţială).

În primul din aceste cazuri era vorba de o tînără de 18 ani, foarte erotică, vorbind singură, cu atitudini stereotipe etc. Lobul extirpat (16 g după fixare) este format din foliculi dilataţi, fuzionaţi între ei, bogaţi în coloid de coloraţie şi aspect normal. În cîţiva foliculi se poate observa coloid bazofil sau hematii cu coloraţie normală. Celulele plate. Fără scleroză. Se remarcă o bogată reţea de capilare în jurul unor vezicule.

Al II-lea caz, o fată tînără (24 de ani), prezenta indiferentism afectiv iar alteori irascibilitate şi impulsivitate, neologisme, rîs exploziv. Lobul extirpat (10 g) este sediul unui proces de scleroză peri- şi intralobulară şi perifoliculară. Cea mai mare parte dintre foliculi sînt mici, sau chiar foarte mici cu celule cubice destul de înalte. Printre aceşti foliculi mici se găsesc de asemenea împrăştiate vezicule mai voluminoase. Coloidul are aspect normal afară de rari foliculi cu coloid hipercromofil.

În al III-lea caz era vorba de o femeie (46 de ani) paraplegică, vorbind singură, cu neologisme numeroase, discutînd despre ea la persoana a III-a etc. Lobul extirpat (16 g) este în multe regiuni format din vezicule foarte mari şi chiar chistice, dar se găsesc şi regiun unde foliculii sînt mai mici. Se găseşte un mare număr de foliculi cu coloid bazofil şi de asemenea hematii bazofile intrafoliculare. Celulele sînt bogate în granulaţii lipoidice. În unii foliculi se remarcă mici cristale a căror natură nu este încă stabilită.

Aceste 3 cazuri în care lobii au fost extirpaţi, ca încercare terapeutică, (de altfel fără rezultat), arată că se pot observa alterări tiroidiene în demenţa precoce şi în afara influenţei bolilor intercurente. Unele alterări găsite în glandele adunate la necropsii ar putea de asemenea să aibă legătură cu tulburările psihice.

Am mai examinat şi alte glande (provenind de la necropsii) în 10 cazuri de demenţă precoce. Greutatea glandelor (fixate) a fost de 11;

12; 13 (2 cazuri); 14; 20; 21, şi 28 g (în 8 cazuri pentru care avem cifre). După cum se observă, se întîlneşte des la demenţii precoci, greutatea sub 20 g.

Din punct de vedere al aşezării veziculelor, alteraţiile microscopice seamănă în 2 cazuri cu cele ale bolnavei a 2-a (citat mai sus). Procese de scleroză nu au fost întîlnite decît în 3 din cele 10 cazuri necropsiate. Într-un caz s-au găsit vezicule dilatate. În alte două foliculii sînt foarte mici. Coloidul bazofil este prezent în 6 cazuri. Acelaşi lucru şi pentru hematiile intrafoliculare, în 3 cazuri s-au găsit hematii eozinofile, în 3 cazuri hematii bazofile. Într-un caz se constată o îngrămădire de sudanofile, după denumirea lui Buscaino. În două cazuri s-au găsit şi cristale octaedrice a căror natură proteică a fost stabilită de către acelaşi autor.

În 5 cazuri de demenţă senilă (greutatea glandei fixate = 15; 19; 25; 32 şi 42 g) s-a găsit constant scleroză care era mai mult sau mai puţin pronunţată.

O altă alteraţie constantă a fost abundenţa granulaţiilor lipoidice intracelulare. Coloidul bazofil, în cantitate mai mare sau mai mică (puţin numeros în al doilea, foarte numeros în al treilea) a fost observat în toate cele 5 cazuri. Hematiile intrafoliculare au fost observate în 3 cazuri. Într-un caz am găsit cristale octaedrice. Grămezi sudanofile erau prezente în alt caz. Pe una din piese, foliculii apăreau foarte mici, pe a doua ei erau dilataţi şi în celelalte 3 erau de dimensiuni variabile. Am examinat tiroida în 13 cazuri de paralizie generală. Greutatea (în 10 cazuri) a fost de 4,50; 12,50; 18 (2 cazuri); 19 (2 cazuri); 20; 21, 22 şi 25 g. În ceea ce priveşte examenul microscopic, lăsînd la o parte dimensiunile variabile ale foliculilor, adesea dilataţi etc., am constatat în 7 cazuri procese de scleroză mai mult sau mai puţin pronunţate, în 2 cazuri celulele erau pline de granulaţii lipoidice, în 3 cazuri s-au întîlnit grămezi sudanofile în interiorul foliculilor, în 7 cazuri au fost observate hematii intrafoliculare, mai ales bazofile, — în 10 cazuri coloid hipercromofil[1]). În sfîrşit, în 4 cazuri au fost observate cristalele proteice ale lui Buscaino. Cel, în care ele au fost cele mai numeroase, avea accese convulsive foarte multe şi a murit în stare de rău epileptic.

Acest fapt este în armonie cu constatările colegului nostru savant din Florenţa, asupra frecvenţei acestor cristale la indivizii care au convulsii.

În tiroida unui bolnav care a murit cîteva zile după internare, avînd fenomene de confuzie mintală, s-au observat procese de scleroză (tiroida cîntărea 30 g).

În 11 cazuri de psihoză pelagroasă s-au găsit greutăţile de 15; 21; 22 (3 cazuri) 25; 26; 30; 34; 42 g (2 cazuri).

Din punct de vedere microscopic, remarcăm că aproape constant celulele cu granulaţii lipoidice sînt abundente (10 din 11 cazuri). De asemenea, sînt frecvente veziculele voluminoase şi chiar chistice (6 din 11 cazuri). Mai rar predomină coloidul bazofil mai mult sau mai puţin abundent. A fost observat coloidul bazofil în 6 cazuri şi prezenţa hematiilor (mai

---

[1]) Buscaino le-a găsit în mod constant. Poate le-am fi găsit şi noi şi în celelalte 3 cazuri, dacă am fi perseverat în cercetări.

ales bazofile) intrafoliculare în 5 cazuri. O singură dată am întîlnit cristale octaedrice. Prin anumite caractere, alteraţiile tiroidiene întîlnite în pelagră (mulţimea granulaţiilor lipoidice, dilatare sau atrofie foliculară, scleroză — 7 din 11 cazuri — şi prezenţa coloidului bazofil, a hematiilor intrafoliculare şi a cristalelor), se aseamănă cu cele din demenţa senilă şi din senilitate în general (Erdheim, Zalla, Parhon, Mateescu, Ţupa, Buscaino etc.).

La o femeie de 30 de ani cu idioţie mongoloidă, tiroida (30 g) prezenta procese de scleroză care determinau gruparea nodulară a foliculilor. Aceştia din urmă erau de dimensiuni reduse. Celulele erau de formă cubică. S-au găsit în numeroşi foliculi cu coloid bazofil şi hematii cu aceeaşi afinitate tinctorială. Celulele erau de asemenea bogate în granulaţii lipoidice.

Am examinat şi alte cazuri de idioţie (2 fetiţe de 9 1/2 ani şi 12 1/2 ani şi un băiat de 15 ani). În primele două cazuri, glanda era formată din vezicule mari, în primul caz chiar foarte mari. Veziculele aveau multă substanţă coloidă, de aparenţă normală. Coloidul bazofil era prezent numai în cîţiva foliculi, în al 2-lea caz. Se găseau de asemenea abundente granulaţii lipoidice în acest din urmă caz, de altfel destul de numeroase şi în primul. Celulele foliculilor erau plate. Greutatea glandei în al doilea caz a fost de 5 g. În primul nu a fost notată.

În cazul băiatului s-au constatat o scleroză de grad mijlociu, vezicule de dimensiuni variabile, dintre care unele conţineau coloid bazofil sau mai curînd hematii. Greutatea glandei a fost de 20 g.

Într-un caz de imbecilitate am constatat o tiroidă cîntărind 204 g, cu procese de scleroză, vezicule chistice, vezicule mici, multe granulaţii lipoidice, coloid hipercromofil şi hematii într-un mare număr de foliculi. Mult ţesut conjunctiv, pe alocuri degenerat, delimita nodulii de foliculii chistici. În al doilea caz, alteraţiile sînt mai puţin marcate. Forma şi volumul foliculilor este variabilă, celulele sînt în general plate, cu mult coloid de tip normal. Exceptînd cîţiva foliculi cu coloid bazofil, glanda nu a fost cîntărită.

La o femeie (37 de ani) cu mixedem şi demenţă, greutatea glandei a fost de 12 g. S-au găsit foliculi de dimensiuni variabile, rareori chistici, uneori foarte mici. Celulele erau pline de granulaţii lipoidice şi în general plate. În unii foliculi coloidul era de tip bazofil. În mai multe vezicule s-au găsit cristale octaedrice (cristalele proteice ale lui Buscaino).

La o femeie cretină (60 de ani), tiroida (11 g) era sediul unei scleroze nodulare, destul de pronunţată, intra- şi perifoliculară. Foliculii erau foarte mici, cu celule atît de bogate în granulaţii lipoidice, încît aproape nu se putea distinge nimic în interiorul lor. Excepţie făceau cîţiva foliculi cu coloid bazofil, umpluţi de celule şi poate şi de hematii.

Rezultatele noastre sînt în general concordante, şi în acelaşi timp completează pe cele obţinute în cercetări anterioare de către unul dintre noi împreună cu A. Marie, Mateescu şi Ţupa, şi de asemenea cu cele ale altor autori ca: Amaldi, Volbug, Pérrin de la Touche şi Dide, Ramadier şi Marchand, Benigni şi Zillochi, Zalla, Tenchini, Claude şi Schmiergeld Laignel-Lavastine, Buscaino. Aceasta demonstrează că alteraţiile tiroide (ca de altfel şi cele ale altor glande endocrine) sînt în general foarte frecvente la alienaţi. Unele dintrele ele par a fi anterioare alienaţiei mintale şi par a fi avut un oarecare rol în patogenia ei. Altele au apărut concomitent sau ulterior tulburărilor psihice, totuşi au putut să influenţeze evoluţia acestora din urmă. Dar pentru a preciza în ce constau tulburările glandulare în diferitele cazuri de alienare mintală, va trebui să studiem — cu grijă — metodele clinice obişnuite, care dau unele lămuriri utile. Ele sînt totuşi insuficiente şi va trebui să le venim în ajutor mai ales prin cercetări de laborator. Ne referim în special la examenul

sîngelui, căruia va trebui să i se dea cea mai mare atenție și nu numai din punct de vedere morfologic, dar și fizic, chimic și biologic. Alte metode ca studiul schimburilor nutritive etc. vor trebui, din mai multe puncte de vedere, să completeze pe cele precedente.

ГИСТОПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У УМАЛИШЕННЫХ

(ПРИ ЭПИЛЕПСИИ, ПРОГРЕССИВНОМ ПАРАЛИЧЕ, РАННЕМ СЛАБОУМИИ, ПЕЛЛАГРЕ И ДР.)

(КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ)

В предыдущих сообщениях были описаны изменения щитовидной железы при мании, меланхолии, хроническом бреде. В настоящей статье излагаются результаты аналогичных исследований при других психических заболеваниях: эпилепсии, прогрессивном параличе, пеллагре, раннем слабоумии, старческом слабоумии.

Была исследована щитовидная железа у 12 эпилептиков. В большинстве случаев вес железы был пониженным. При микроскопическом исследовании часто обнаруживался более или менее выраженный склероз и наличие липоидной зернистости. Кроме того, часто наблюдались базофильный коллоид, интрафолликулярные эритроциты и октаэдрические кристаллы, окрашивающиеся гематоксилином или нильским синим.

Авторы считают, что эти изменения обусловлены кровоизлияниями, происходящими во время судорожных припадков, причем базофильный коллоид и октаэдрические кристаллы образуются в результате распада эритроцитов, вышедших из сосудов и попавших в фолликулы.

Поражение щитовидной железы весьма часто наблюдается у эпилептиков.

Была исследована щитовидная железа в 12 случаях раннего слабоумия, причем в 3 случаях материал был получен посредством хирургического вмешательства.

При гистопатологическом исследовании постоянно обнаруживались разнообразные изменения: базофильный коллоид, склероз, кистозное расширение фолликулов, интрафолликулярные эритроциты, октаэдрические кристаллы и др.

В 5 случаях старческого слабоумия постоянно наблюдались склероз, липоидная зернистость и базофильный коллоид. Фолликулы были расширенными, в некоторых случаях размер их был нормальным.

В 11 случаях пеллагрозного психоза найдены аналогичные изменения.

Поражения щитовидной железы обнаружены также при прогрессивном параличе, имбецильности, идиотии. В случаях микседематозного слабоумия и кретинизма изменения органа были весьма выраженными.

Поражения щитовидной железы весьма часто наблюдаются у умалишенных, причем некоторые из этих пораженийй предшествуют развитию психоза, в то время как другие являются его последствием.

Для изучения подобных случаев необходимо дополнить клинический метод биологическими, химическими и физическими исследованиями.

OBSERVATIONS HISTOPATHOLOGIQUES SUR LA THYROÏDE CHEZ LES ALIÉNÉS

(ÉPILEPSIE, PARALYSIE GÉNÉRALE, DÉMENCE PRÉCOCE, PELLAGRE, ETC.)

(RÉSUMÉ)

Les communications précédentes ont porté sur les modifications de la thyroïde chez les maniaques, les mélancoliques, les malades souffrant de délire chronique. Dans cet article, on expose les résultats des recherches effectuées dans d'autres affections mentales (épilepsie, paralysie générale, pellagre, démence précoce, démence sénile).

On a étudié la glande thyroïde dans 21 cas d'épilepsie. Chez la plupart des épileptiques, la glande était réduite. Au point de vue microscopique, on a observé, fréquemment, une sclérose plus ou moins prononcée et des granulations lipoïdiques. En plus, on a souvent trouvé du colloïde basophile, des hématies intrafolliculaires et des cristaux octaédriques colorables à l'hématoxyline ou au bleu Nil.

Les auteurs considèrent que ces altérations résultent des hémorragies qui se produisent au cours des crises convulsives, le colloïde basophile et les cristaux octaédriques provenant de l'altération des hématies extravasés dans les follicules.

Les affections thyroïdiennes sont très fréquentes chez les épileptiques.

On a étudié la thyroïde dans 12 cas de démence précoce, dont trois, sur des pièces opératoires.

On a constaté à l'examen histopathologique la présence d'altérations constantes, mais variables selon le cas : colloïde basophile, sclérose, vésicules kystiques, hématies intrafolliculaires, cristaux octaédriques, etc.

Dans 5 cas de démence sénile, la sclérose, les granulations lipoïdiques et le colloïde basophile ont été constants. Les follicules étaient dilatés, de dimensions normales ou variables.

Dans 11 cas de psychose pellagreuse, on a observé des modifications similaires.

Des altérations ont également été trouvées dans la paralysie générale, l'imbécilité, l'idiotie. Dans les cas de démence, avec mixœdème et crétinisme, les modifications ont été très marquées. Les altérations thyroïdiennes sont, par conséquent, particulièrement fréquentes ches les aliénés, certaines d'entre elles précédant la psychose, d'autres en étant les conséquences.

Pour l'étude de ces cas, il faudra compléter la méthode clinique par les méthodes biologiques, chimique et physique.

ASUPRA ALTERAŢIILOR GLANDELOR SUPRARENALE LA ALIENAŢII PELAGROŞI *

Mai mulţi autori au atras atenţia asupra unor anumite fenomene în legătură cu insuficienţa suprarenală ce apare la pelagroşi. Chiar unul dintre noi, a descris modificările glandelor suprarenale în unele cazuri de pelagră. În 1914 N i c u l e s c u a insistat asupra unor simptome (astenie, hipotermie etc.) comune în boala lui Addison şi în pelagră. Acest autor a găsit glandele suprarenale colorate în galben, şi cu mulţi lipoizi, şi s-a gîndit că ar fi posibil ca insuficienţa acestor organe să aibă un rol în patogenia pelagrei. Am făcut examenul microscopic al glandelor suprarenale în 8 cazuri de alienaţi pelagroşi. Regretatul nostru coleg, căruia i-am citat numele, ne-a pus la dispoziţie aceste glande. Constatările le rezumăm aici.

J. L., femeie de 50 de ani. Pelagră care durează de 8 ani. Confuzie mintală, tremurături pronunţate, hipotensiune arterială. Puls abia perceptibil, 90—115 bătăi pe minut. În zona fasciculată a suprarenalei, noduli foarte bogaţi în lipoizi alternînd cu alţii săraci în aceste substanţe. În zona reticulată, de asemenea mult pigment tot aşa ca şi în zona fasciculată, săracă în lipoizi. Grosimea totală a corticalei pare redusă. Pigmentul dispus în granulaţii sau în picături, cu o coloraţie care variază de la sepia închis pînă la roşu-portocaliu murdar.

Medulara slab reprezentată pe secţiunea examinată este compusă din celule mici, numeroase şi îngrămădite cu margini rotunjite, numeroase şi puternic colorate, semănînd cu limfocitele. Scleroză foarte pronunţată a corticalei.

L. M. F., de 28 de ani, bolnavă de 4 ani. Eritem întins. Slăbire şi astenie considerabilă. Tremurături vermiculare ale buzelor. Hipotensiune arterială, 113 pulsaţii pe minut, confuzie mintală. Gatism. O scleroză foarte pronunţată desparte organul în mici insule cu aspect de acini glandulari. În zona glomerulară, grămezile celulare sînt mici şi pe alocuri sărace în substanţe lipoidice. În zona fasciculată sînt noduli destul de numeroşi şi de mari, bogaţi în aceste substanţe, alternînd cu zone mai puţin întinse, sărace în lipoizi. În schimb, aceştia din urmă sînt din nou în mare cantitate în zona reticulată, unde pigmentul este puţin abundent. În medulară, se observă de asemenea picături sau granulaţii lipoidice, în mică cantitate, totuşi în anumite locuri ale medularei celulele sînt aşa de numeroase, încît dau impresia de diviziune. Pe alocuri, celulele sînt aşezate împrejurul unui capilar semănînd cu acinii glan-

---

* În colaborare cu E m. S a v i n i. Publicată în „Bulletins et mémoires de la Société de neurologie, psychiatrie et psychologie de Jassy", 1919, nr. 2.

dulari. În unele zone ale reticulatei, grăsimile se prezintă, în celule, sub forma unor cristale aciculare.

C. D., de 70 de ani. Bolnavă de un an. Suferă de asemenea de emfizem și bronșită cronică și insuficiență cardiacă. Moare 11 zile după internare.

Scleroză intensă. Lipoizi abundenți în zona glomerulară; în anumite formațiuni glomerulare sînt chiar foarte abundenți. În zona fasciculată, noduli foarte bogați în lipoizi alternînd cu zone sărace în asemenea substanțe. În acest din urmă strat se găsește o cantitate de pigment destul de mare. Substanța lipoidică abundentă și în zona reticulată. În ansamblu, cantitatea de lipoizi a corticalei este mai curînd micșorată. Infiltrația celulară constituie noduli limfocitoizi.

O mică porțiune a medularei prezintă pe secțiunile făcute de noi numeroase celule mici cu nuclei rotunzi regulați și puternic colorați, semănînd cu cei ai limfocitelor.

S. P. F., bolnavă de 5 ani. Eritem întins. Astenie. Cefalgii. Amețeli. Diaree. Tremurături ale buzelor și ale membrelor. Confuzie mintală. Hipotensiune arterială 85—100 pulsații pe minut. Moare 20 de zile după internare.

Scăderea lipoizilor în zonele glomerulară și fasciculată contrastează cu abundența lor în cea reticulată, de unde înaintează prin unele locuri și în cea fasciculată. Cantitatea moderată de pigment în zona reticulată. În celulele medularei granulații lipoidice în număr destul de mic. Celulele acestei zone au protoplasma bine dezvoltată cu nuclei veziculoși și nucleoli distincți. În unele, nucleii foarte voluminoși, au un volum dublu.

Unele granulații ale reticulatei au fixat culoarea albastru-Nil și roz-violaceu, cea mai mare parte fiind colorate în violet. Scleroză moderată ce fragmentează corticala. În unele regiuni, mai ales în stratul reticulat, scleroză mai accentuată. Nucleii celulelor medulare — zonă bine dezvoltată și care nu justifică ipoteza unei stări de hipofuncție — sînt adesea numeroși și pot uneori atinge un volum de două ori mai mare decît al celor din reticulată. Forma lor este mai puțin rotundă, uneori ovală și chiar piriformă. Ei conțin granulații foarte fine și unul sau doi nucleoli.

I. M. H., de 51 de ani. Boala durează de 4 ani. Amețeli. Dureri epigastrice și în lombe. Eritem. Slăbire extremă. Forță dinamometrică 25. Diaree. Edem al membrelor inferioare. Hipotensiune arterială (maxima 10 cm Hg) moare în hipotermie, 21 de zile după internarea sa la spital.

Stratul glomerular este în general bogat în lipoizi. În zona fasciculată lipoizii sînt mai puțin abundenți, exceptînd regiunile cu aspect nodular, unde sînt în mare cantitate. Reticulata este puțin diferită față de stratul precedent. Scleroză pronunțată în corticala pe care o fragmentează și mai discretă în medulară. Pigmentul în cantitate moderată. Un nodul limfoid în fasciculată. În jurul lui se observă o zonă de celule poligonale, cu nuclei limfocitoizi, care seamănă cu nucleii parenhimului, zonă care, aparține, poate, acestui nodul. În ciuda aspectului său limfoid, conține fibroblaști în țesutul conjunctiv și capilare pline de sînge.

Celulele limfoide s-au colorat cu albastru de Nil în violet-roz, mai mult sau mai puțin deschis. Medulara cu aspect acinos. Se observă focare microcelulare cu nuclei mai puternic colorați. Par mai curînd celule epiteliale, decît limfocite. Nucleii sînt mai bogați în cromatină și mai puțin voluminoși decît cei din țesutul celulelor medulare. Granulațiile lipoidice sînt puțin numeroase în celulele medulare. Protoplasma lor este destul de abundentă, nucleii sînt de volum variabil, unii dintre ei avînd volumul celor din limfocite, alții chiar de două ori mai mari, veziculoși și cu mult mai puțină cromatină.

T. M., de 40 de ani. Bolnav de 2 ani. Eritem, Edeme generalizate. Ascită. Cefalee. Amețeli. Exagerare a reflexelor. Confuzie mintală. Anemie pronunțată. Hipotensiune arterială. Hipotermie. Tremurături. Diaree.

Capsula conjunctivă foarte groasă. În primul strat, porțiuni cu formațiuni glomerulare mici și relativ sărace în lipoizi, alternînd cu altele mai mari și mai bogate în aceste substanțe. Același aspect în stratul următor. În general predomină regiunile sărace în lipoizi. Pigmentul reticulatei este abundent și se constată și în regiunile sărace în lipoizi ale stratului precedent. În cele două straturi se observă o scleroză destul de pronunțată, care se întinde și în medulară. Se observă numeroase celule de tipul fibroblaștilor în țesut conjunctiv. Celulele medularei au o dispoziție acinoasă (în jurul unui capilar), conțin granulații lipoidice relativ numeroase dar mai puțin abundente decît în corticală. Aceeași variabilitate în volumul și în forma nucleilor ca și în cazul precedent. Protoplasma celulelor medulare destul de abundentă. Nucleii, alungiți,

în formă de arc de cerc, strangulaţi la mijloc în partea concavităţii, şi rotunjiţi la extremităţi. Coloraţia substanţelor lipoidice se face cu albastru de Nil, în violet-roz.

C. G., de 30 de ani . Bolnav de 2 ani. Confuzie mintală agitată. Forţa musculară (dinamometrică) bine conservată (120). Moare în comă.

Absenţă aproape completă a lipoizilor în zona glomerulară. În zona fasciculată, regiuni aproape complet lipsite de asemenea substanţe alternînd cu altele mai puţin întinse, la care acestea sînt mai abundente. În zona reticulată, lipoizii sînt ceva mai abundenţi. Această zonă este bogată în pigment. Se constată pe alocuri, scleroză moderată. Aceasta este destul de pronunţată, într-o regiune a zonei fasciculate.

Medulara, destul de bine reprezentată, are celule cu aspect epitelial cu nuclei rotunzi, granuloşi, conţinînd doi nucleoli. Albastrul de Nil colorează în roz regiunile corticalei unde lipoizii sînt în mare cantitate. Cele unde ei sînt aproape absenţi se colorează în albastru murdar foarte deschis. Grăsimea propriu-zisă a ţesutului pericapsular s-a colorat în violet. Zonele bogate în pigment a reticulatei se întind şi în fasciculată.

C. T., de 50 de ani. Bolnav de 2 ani. Foarte slăbit. Forţă dinamometrică = 35. Confuzie mintală puţin accentuată. Exagerarea puţin pronunţată a reflexelor tendinoase. Hipotermie (34°) şi hipotensiune arterială. Moare 4 zile după internare.

O scleroză intensă, chiar foarte intensă în unele regiuni, disociază glanda. Aceasta predomină în glomerulară şi în partea marginală a fasciculatei pentru a se accentua din nou în zona reticulată unde se izolează formaţiuni pseudoacinoase. Scleroză mult mai puţin pronunţată a medularei. Lipoizi foarte abundenţi în cele două straturi periferice abia lăsînd să se vadă nucleii. Pigmentul destul de abundent în reticulată. Granulaţii lipoidice în cantitate mult mai mică în medulară, ale cărei celule se grupează în pseudoacini în jurul capilarelor. Celulele sînt destul de voluminoase cu nuclei cu aspect normal.



Din cercetările noastre rezultă că suprarenalele sînt deseori lezate în pelagră, scleroza fiind cea mai frecventă alteraţie. Totuşi, această leziune este departe de a fi constantă, căci ea nu a existat decît în 2 din 10 cazuri pe care le-am examinat înainte (1910).

Medulara nu ni s-a părut că prezintă în general modificări importante. Astfel, nu credem ca examenul histologic al suprarenalelor să fie în măsură a justifica părerea că simptomele pelagrei s-ar datora insuficienţei suprarenale. Totuşi unele modificări funcţionale ale acestor organe ar putea, în asociaţie cu leziunile altor glande, să explice anumite fenomene observate în boala despre care vorbim.

О ПОРАЖЕНИЯХ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПРИ ПЕЛЛАГРОЗНОМ ПСИХОЗЕ

(КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ)

Авторы подвергли микроскопическому исследованию надпочечники 8 больных, страдавших пеллагрозным психозом.

Авторы приходят к заключению, что изменения надпочечников, в особенности склероз, встречаются очень часто. Однако это изменение не наблюдается постоянно. Мозговое вещество железы вообще не представляет значительных изменений. В гистопатологическом исследовании

авторы не находят доводов в пользу того предположения, что функциональная недостаточность надпочечников якобы объясняет симптомы пеллагры.

Повидимому, функциональные изменения надпочечников, сочетающиеся с другими эндокринными расстройствами, могут объяснить лишь некоторые патологические явления, наблюдаемые при этой болезни.

SUR LES ALTÉRATIONS DES GLANDES SURRÉNALES CHEZ LES ALIÉNÉS PELLAGREUX

(RÉSUMÉ)

Les auteurs étudient les glandes surrénales au point de vue microscopique, dans 8 cas d'aliénation mentale pellagreuse.

Ils considèrent que les altérations sont très fréquentes, notamment la sclérose. Mais cette lésion n'est pas constante. En général, la médullaire ne présente pas de modifications importantes. Dans l'examen histopathologique, les auteurs ne trouvent pas d'arguments à l'appui de l'hypothèse que l'insuffisance des surrénales justifierait les symptômes de la pellagre.

Il est possible que des modifications fonctionnelles des surrénales, associées à d'autres troubles endocriniens, puissent expliquer certains phénomènes morbides qui apparaissent dans cette maladie.

CERCETĂRI HISTOPATOLOGICE PRIVIND GLANDELE SUPRARENALE LA ALIENAȚI *

După părerea noastră, glandele endocrine au o importanță destul de mare în stările normale și patologice ale vieții psihice. Ele influențează dezvoltarea, întrețin terenul somatic din punct de vedere morfologic, biochimic și fiziologic, acționînd în felul acesta chiar asupra bazei vieții psihice.

Scoarța suprarenală este unul din cele mai importante organe endocrine.

De asemenea, ni s-a părut important ca la acest congres unde scoarța suprarenală este la ordinea zilei, să prezentăm cercetările cu privire la starea sa, în cazurile de bolnavi psihici internați și decedați în spitalul nostru.

Am studiat din acest punct de vedere un număr de 100 cazuri privind diferite boli psihice. Vom rezuma aici constatările noastre reamintind totodată, pe acelea ale altor autori care s-au ocupat de același subiect.

Printre aceștia din urmă vom cita pe Laignel-Lavastine și Vigoureux, Muratoff, Léry, Marie și Dide care au studiat suprarenalele, în cazurile de psihoză afectivă și mai ales de melancolie.

Primii doi autori au notat o scădere importantă a spongiocitelor într-un caz de melancolie anxioasă cu sitiofobie.

Muratoff notase alterații inflamatorii ale acestor organe în două cazuri de psihoză periodică cu accese maniacale.

În melancolia anxioasă, Léry a găsit o vacuolizare importantă a celulelor corticalei cu slabă colorabilitate a nucleilor și aspect pulverulent al anumitor celule.

---

* În colaborare cu Marinescu-Băloiu. Comunicare la Al XVI-lea congres a Societății romîne de neurologie, psihiatrie, psihologie, endocrinologie și medicină legală. București, octombrie 1936. Publicată în „Bulletin de la Section d'endocrinologie", 1936, nr. 8—9—10.

Celulele medularei erau de asemenea alterate.

Într-un caz de melancolie cronică același autor notează modificări de tip inflamator.

Marie și Dide au găsit congestia glandelor suprarenale, într-un caz de psihoză maniacă depresivă și în alt caz, alterațiuni de scleroză centrale.

În psihozele de involuție, aceiași autori au găsit în 10 cazuri glandele normale, cu congestie în 3, cu scleroză corticală într-un alt caz și cu leziuni de ordin infecțios în ultimul caz.

Cei doi autori au studiat de asemenea și suprarenalele în 20 de cazuri de demență precoce.

Din punct de vedere microscopic, glanda a fost găsită normală în 19 și congestionată în 4 cazuri.

În 10 cazuri s-a notat o scleroză corticală, o dată scleroză centrală, într-un caz s-au găsit leziuni de natură infecțioasă.

Printre autorii care au cercetat suprarenalele paraliticilor cităm întîi pe Pilcz care, în cele 11 cazuri studiate, vorbește de o degenerescență grăsoasă și pe Laignel-Lavastine, care notează vasodilatație în regiunea corticală și în special în zona reticulată.

În anumite cazuri, mai ales cînd există concomitent leziuni aortice sau renale se observa numeroase spongiocite.

Marie și Dide au găsit greutatea acestor organe oscilînd între 13 și 30 g.

Din punct de vedere microscopic, ei nu au observat congestia decît o dată în 5 cazuri.

În 3 cazuri au observat o scleroză centrală. Léry a găsit și el suprarenalele normale în 4 din 8 cazuri de paralizie generală.

Într-un caz (moartea subită), existau leziuni tuberculoase ale acestui organ. În alt caz s-a găsit o hemoragie recentă în medulară, produsă se pare în timpul convulsiilor, în urma cărora a murit bolnava.

În două cazuri existau numeroși noduli adenomatoși, membrane fibroase, hemoragii miliare și focare microcelulare, probabil limfocitare. Schmiergeld, din 5 cazuri de paralizie generală, notează în 4 alterații variabile. De ordin atrofic în 2 cazuri (dintre care unul cu numeroase adenoame și cu abundență de spongiocite), și scleroză în celelalte 2 cazuri (ușoară într-unul). Dintre acestea din urmă, unul avea spongiocite puține și celălalt o structură variabilă după regiuni.

În cel de-al cincilea caz se remarca o congestie foarte pronunțată.

Unul dintre noi a examinat de asemenea (în 1910) glandele suprarenale în 9 cazuri de paralizie generală.

În 5, am notat vasodilatația semnalată deja de Laignel-Lavastine și de Schmiergeld.

Într-unul se observau procese de scleroză. Într-altul se găseau în corticală focare microcelulare.

În alte 3 cazuri glanda era săracă în lipoizi.

Trebuie să mai spunem că Ellis a observat scăderea lipoizilor în suprarenalele schizofrenicilor.

B o r b e r g (1921) a găsit din acest punct de vedere un aspect variabil.

Într-un caz a observat o infiltrație microcelulară, în 2 cazuri, complicate de tuberculoză pulmonară, alterații de scleroză ale suprarenalelor. La 2 bolnavi suferind de parafrenie, el nu a găsit modificări ale acestor glande. Pe cînd în 4 cazuri de delir a observat scăderea volumului corticalei suprarenale și a conținutului său în lipoizi.

Într-unul din aceste cazuri țesutul conjunctiv era abundent.

În 2 cazuri se notau în scoarță grupuri celulare bogate în lipoizi pe care autorul le consideră ca *processus regenerativi*.

În paralizia generală sau demența sifilitică, același autor nu observă alterații ale celulelor cortico- și medulosuprarenale. În 2 cazuri el a găsit limfocite izolate, sau în grupuri, în suprarenale. Într-unul din acestea existau de asemenea celule plasmatice.

În demența senilă, tabloul histologic era de atrofie și infiltrație pigmentară cu celule bogate în lipoizi, formînd grupuri adenomatoase.

În psihozele climacterice, corticala era mai curînd dezvoltată și săracă în lipoizi. Același era aspectul și în epilepsie.

Cercetările noastre actuale se referă la 43 de cazuri de paralizie generală, dintre care 31 bărbați și 12 femei.

O constatare foarte frecventă în acestea este prezența nodulilor mai mult sau mai puțin bine delimitați în corticală, ocupînd mai ales zona fasciculată dar putînd de asemenea să se întindă în cea glomerulară sau reticulată și chiar să invadeze substanța medulară.

Aceste formații se întîlneau în majoritatea cazurilor la bărbați.

În 3 cazuri, existau noduli adenomatoși în afara capsulei conjunctive a organului, adevărate suprarenale accesorii dar păstrînd contact cu organul principal.

La femei s-au observat în 7 cazuri noduli în zona corticală.

În 12 din 43 de cazuri s-a notat rărirea granulațiilor lipoidice ; în 16 cazuri, dimpotrivă, abundența lor mergînd pînă la formarea de spongiocite. În aproape jumătate din cazuri țesutul conjunctiv era foarte dezvoltat.

În două din acestea, am observat glande cu volumul mărit iar într-un caz cu țesut conjunctiv dispus în *vîrtejuri*, ocupînd zone foarte întinse, lipsite complet de celule glandulare.

Într-unul din aceste cazuri țesutul conjunctiv era mai mult sau mai puțin omogenizat, amintind pe acel al corpului albicans al ovarelor. Congestia corticalei era mai curînd rară. Am observat-o numai în 4 cazuri.

În 2 cazuri am găsit focare infiltrative microcelulare. Trebuie să mai adăugăm că unul dintre noi a studiat (în 1913), împreună cu Z u g r a v u, greutatea suprarenalelor la alienați. Media găsită la 81 de cazuri de paralizie generală, a fost de 16,49 ; la 12 femei ea nu a fost decît de 14,58 g.

În ceea ce privește alcoolismul, trebuie să notăm că într-un caz cu confuzie mintală, L é r y a găsit alterări inflamatorii ale aceleeași glande. Dar bolnavul murise în urma unei pneumonii.

În 2 observații ale lui S c h m i e r g e l d spongiocitoza celulară era puțin marcată (puține substanțe lipoidice), pigmentul redus : într-unul din aceste cazuri s-au găsit de asemenea și leziuni de scleroză.

Am studiat şi noi suprarenalele în 6 cazuri de alcoolism dintre care 4 bărbaţi şi 2 femei (una pelagroasă).

În 4 din aceste 6 cazuri s-au observat importante acumulări de substanţe lipoidice mergînd pînă la formarea de spongiocite.

Într-al cincilea caz lipoizii erau scăzuţi.

Totuşi, şi în acest caz existau noduli spongiocitari.

De altfel formarea de noduli era evidentă în 5 din 6 cazuri şi, ceea ce este demn de notat, la 3 din aceste 5 cazuri se observă noduli extracapsulari. Am întîlnit într-un caz (bărbat de 72 de ani) celule clare împrăştiate printre cele ale scoarţei bogată în lipoizi şi a căror semnificaţie exactă ni se pare discutabilă.

Reamintim că din punct de vedere ponderal, Parhon şi Zugravu au găsit în alcoolism media de 16,20 la bărbaţi (10 cazuri) şi de 11 g la femei (3 cazuri).

În ceea ce priveşte pelagra, aceiaşi autori au găsit greutatea mijlocie de 15,72 g la bărbaţi şi de 12,80 la 20 de femei.

Din punct de vedere microscopic, suprarenala pelagroşilor a fost studiată de către unul din noi întîi singur şi mai tîrziu cu Savini, precum şi de Aschoff, Marinescu-Băloiu.

În 6 din cele 10 cazuri pe care le-am cercetat în 1910, lipoizii erau reduşi. În celelalte 4 dimpotrivă exista un aspect spongiocitar al celulelor. În 2 observaţii, pigmentul zonei reticulate era abundent.

Scleroza apărea numai în 2 cazuri. Aceleaşi alteraţii au fost notate în 5 din cele 8 cazuri studiate de Parhon şi Savini în 1919.

Lipoizii erau abundenţi în anumite regiuni, cel puţin în 5 cazuri.

În 2 cazuri, aceste substanţe păreau scăzute cantitativ.

În 4 cazuri, pigmentul zonei reticulate a fost găsit abundent. Într-un caz s-a notat o infiltraţie microcelulară.

Aceste 8 cazuri proveneau de la spitalul de pelagroşi din Pănceşti. G. Niculescu, observase în spitalul „Dragomireşti" abundenţa grăsimii în suprarenalele pelagroşilor dar nu făcuse şi cercetări microscopice.

În cele 4 cazuri ale noastre (dintre care unul cu alcoolism la o femeie), lipoizii au fost o singură dată reduşi cantitativ, pe cînd, în celelalte 3, ei au fost foarte crescuţi.

În primul caz exista de asemenea o scleroză a organului.

Tendinţa nodulară era prezentă în 3 cazuri şi, fapt remarcabil, în acestea se observau noduli extracapsulari.

Într-un caz existau în medulară şi noduli de substanţă corticală.

O vascularizaţie foarte dezvoltată a organului a fost remarcată o singură dată în ultimele 4 cazuri.

Unul din noi a găsit greutatea medie a suprarenalelor de 13,40 g pentru bărbaţi (5 cazuri) şi de 14,50 g pentru femei (2 cazuri).

Printre faptele citate în literatură redăm un caz al lui Léry, unde suprarenalele erau sediul unor leziuni în focar, de natură tuberculoasă, precum şi observaţiile lui Marie şi Dide (8 cazuri), din care rezultă că în psihozele de epuizare, greutatea suprarenalelor este adesea scăzută deşi se poate vedea şi contrariul.

Din punct de vedere microscopic, nu s-au găsit decît în 2 cazuri alterări sigure (scleroză), de ordin infecțios.

În cercetările noastre am observat că, în 3 din 4 cazuri, conținutul în substanțe lipoidice era scăzut.

În ultimul din aceste cazuri, aceste substanțe erau dimpotrivă foarte crescute, dar era vorba de o femeie în vîrstă (65 de ani) (spongiocitoza fiind des întîlnită la bătrîni). Într-unul din cazuri s-a remarcat formarea de noduli în corticală.

Glandele suprarenale au fost studiate de Claude și Schmiergeld la 17 bolnavi, dintre care 10 sufereau de epilepsie esențială.

S-au găsit adeseori suprarenale voluminoase cu valoare ponderală mare și semne de hiperfuncție, dar se poate găsi și contrariul. Scleroza și infiltrația microcelulară au fost de asemenea întîlnite în cîteva rînduri.

Unul din noi, a găsit în 2 cazuri, un aspect mai curînd hipofuncțional al glandelor.

Acestea erau foarte voluminoase în observația făcută de H. Derevici și Constanța Parhon-Ștefănescu.

Unul din noi a constatat odinioară același lucru la un epileptic, a cărui constituție somatică era de altfel cea hipercorticosuprarenală.

Media ponderală a suprarenalelor celor 16 bărbați epileptici a fost de 17,75 g, iar cea a 18 femei, suferind de aceeași boală, de 13,88 g (Parhon și Zugravu).

În cele 12 cazuri ale noastre, am găsit în 5 o scleroză foarte pronunțată. În 10 cazuri, celulele corticalei formau noduli. Într-unul din acestea din urmă exista un nodul cu capsulă conjunctivă proprie, așezat sub capsula organului. Într-altul, se găsea un nodul de substanță corticală, în afară organului principal.

O spongiocitoză mai mult sau mai puțin accentuată a fost observată în 8 din cele 11 cazuri.

Într-un caz de tumoare a lobului frontal la o femeie, substanțele lipoidice aveau o localizare electivă în stratul glomerular. Dimpotrivă, ele erau reduse în reticulată (bogată în pigment) și se găseau numai în unele formațiuni nodulare în stratul fasciculat.

În ceea ce privește alterările suprarenalelor în psihozele senile, să amintim că Sabrazès și Husnot, au observat hipertrofia acestor organe la bătrîni și că acești autori sînt de părere că hiperactivitatea glandelor susmenționate ar putea fi un factor „considerabil" în evoluția senilității, fapt pe care și Laignel-Lavastine este înclinat să-l admită.

În aceste psihoze, greutatea medie maximă a fost întîlnită la bărbați (20 g); la femei ea nu era decît de 13,75 g.

Din 4 cazuri de demență senilă studiate de unul din noi (1910), s-a găsit o scleroză accentuată într-unul din ele și o mare cantitate de substanțe lipoidice în alte două. În 2 cazuri s-a notat scăderea lor.

O spongiocitoză foarte mare exista într-un alt caz a cărui observație am publicat-o cu Alister și Isanos.

Același fenomen a fost întîlnit în 2 cazuri de demență senilă, studiate cu ocazia prezentei lucrări.

El există de asemenea într-un caz de ramolisment cerebral (64 de ani) şi într-altul de afazie (43 de ani).

La bolnavul cu ramolisment, vascularizaţia organului era foarte dezvoltată. La un dement senil s-a mai notat un grad de scleroză în corticosuprarenală.

În 4 cazuri de idioţie, am întîlnit procese de scleroză ale suprarenalelor. Într-unul din aceste cazuri era vorba de o scleroză cerebrală tuberoasă. Lipoizii corticalei erau aşezaţi în grămezi neregulate. Într-un caz de imbecilitate, aceste substanţe ocupau în special zona glomerulară.

În ceea ce priveşte psihozele endogene, să notăm că Laignel-Lavastine a găsit, la un bolnav de melancolie, hipertrofia corticosuprarenalei cu formarea de noduli şi pigmentare accentuată a zonei reticulate.

Léry, găsise vacuolizarea celulelor corticalei, cu stare pulverulentă, a unora dintre ele, în melancolie.

Unul dintre noi, a observat alterări ale acestor organe într-un caz de melancolie şi Muratoff a găsit leziuni inflamatorii în aceleaşi organe în psihoza maniaco-depresivă.

Din 3 cazuri observate recent, am găsit în 2, un grad de scleroză puţin accentuată. În toate trei s-a observat tendinţa la formarea de noduli. Într-unul din ele, exista un nodul extracapsular. Lipoizii erau scăzuţi într-un caz (25 de ani).

În celelalte două, dimpotrivă, s-a observat spongiocitoză.

În ceea ce priveşte schizofrenia, Benigni şi Zillochi au găsit alterări importante ale suprarenalelor la un bolnav suferind de această boală.

A. Marie şi Dide au găsit suprarenala normală în 9 şi congestionată în alte 4 cazuri de demenţă precoce. De 8 ori au observat scleroză şi o singură dată alterări de ordin infecţios. Descrierea lor este de altfel prea sumară.

În 5 cazuri studiate de unul din noi (1910), s-au observat, într-un caz, infiltraţie microcelulară, scleroză într-un altul şi lipoizii scăzuţi în celelalte trei.

În cele 2 cazuri ale noastre, am găsit tendinţa la formarea de noduli. Lipoizii erau destul de abundenţi într-unul din ele, în al doilea, constantîndu-se spongiocitoză şi congestia organului.

Acestea sînt principalele noastre constatări. Le comunicăm ca pe o simplă documentare.

Numeroase cercetări mai sînt necesare pentru a stabili însemnătatea diferitelor fapte observate şi raporturile lor cu bolile mintale.

Trebuie să arătăm că variaţiile structurale ale corticalei suprarenale sînt destul de importante : dispoziţie variabilă a glomerularei, cu aspect adeseori fragmentat ; formaţiuni nodulare frecvente în diferite straturi, mai ales în cel fasciculat ; dispoziţie variabilă a reticulatei, a vaselor, pigmentului şi ţesutului conjunctiv etc.

În cazurile patologice, numărul factorilor care se intrică şi de care trebuie ţinut seamă în interpretarea rezultatelor este de asemenea foarte mare.

Trebuie să ținem seama de asemenea de constituția bolnavului, de sexul și vîrsta sa, de bolile concomitente, de diferitele tratamente urmate (printre care malarioterapia și proteinoterapia în general). Sperăm că vom mai reveni asupra acestor probleme.

ГИСТОПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НАДПОЧЕЧНИКОВ У УМАЛИШЕННЫХ

(КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ)

Сообщаются результаты исследования надпочечников у 100 умерших умалишенных, причем эти результаты сопоставляются с найденными в литературе данными.

Эти результаты приводятся в качестве простых документальных данных. Автор считает, что необходимы еще многочисленные дальнейшие исследования, прежде чем можно будет установить значение различных полученных данных и их отношение к психическим заболеваниям.

В исследованных случаях структурные изменения коры надпочечников весьма разнообразны: различное расположение элементов клубочковой и сетчатой зон, часто наблюдаемые узелковые образования, главным образом в пучковой зоне, различное количество липоидных отложений и соединительной ткани и др.

В патологических случаях переплетаются многочисленные факторы, которые необходимо учитывать: конституция, пол, возраст, интеркуррентные заболевания, применявшиеся методы лечения и т. д.

RECHERCHES HISTOPATHOLOGIQUES AU SUJET DES SURRÉNALES CHEZ LES ALIÉNÉS

(RÉSUMÉ)

On présente les résultats des recherches portant sur les surrénales de 100 aliénés décédés, comparant les données à celles de la littérature médicale.

Ces résultats sont présentés comme simple documentation. L'auteur considère que, pour établir l'importance des différents faits observés ainsi que leurs rapports avec les maladies mentales, de nombreuses recherches sont encore nécessaires.

Dans les cas étudiés, les variations structurales de la corticale des surrénales sont importantes : disposition variable de la glomérulaire et de la réticulée, fréquentes formations nodulaires surtout dans la couche fasciculée, degrés différents d'abondance des lipoïdes, du tissu conjonctif, etc.

Dans les cas pathologiques, de nombreux facteurs — dont il faut tenir compte — sont intriqués : la constitution, le sexe, l'âge, les maladies intercurrentes, les traitements, etc.

CERCETĂRI ASUPRA GLANDELOR GENITALE, TESTICULE ŞI OVARE, ÎN DEMENŢA PRECOCE*

Patogenia demenţei precoce rămîne încă una din marile enigme ale psihiatriei. Tschich (citat după (1)) a presupus că această boală s-ar datora unor tulburări pricinuite de abstinenţa sexuală, ceea ce nu concordă cu faptele.

Kraepelin (1) contestă părerea numitului autor, însă crede că este posibil să fie vorba de o autointoxicare în legătură cu procesele ce se petrec în organele genitale.

Faptele invocate de el în sprijinul acestei presupuneri sînt legăturile bolii cu epoca desvoltării sexuale, menstruaţiei, menopauzei. etc.

Lomer (citat după (2)) crede şi el, într-o relaţie între glandele genitale, şi demenţa precoce. Bornstein (citat după (2)) în aceeaşi ordine de idei, se gîndeşte la o exagerare a fenomenelor puberale.

Aceste fapte arată nevoia de a se studia sistematic glandele genitale în demenţa precoce.

Un atare studiu, după cîte ştim, nu a fost făcut, sau cel puţin nu a fost publicat.

Totuşi s-au întreprins cîteva cercetări asupra acestei probleme.

Astfel Dide (3) spune că nu ar fi găsit alteraţii în testiculele demenţilor precoci.

Laignel-Lavastine (4), şi Vigoureux, dimpotrivă, au observat în mai multe cazuri scleroza testiculară cu dispariţia glandei interstiţiale.

Unul din noi (5), în 3 cazuri relatate în memoriul său asupra raporturilor dintre glandele endocrine şi patologia mintală şi într-o lucrare cu A. Marie (6), a găsit glanda intersitiţală în stare normală sau cel

---

*) În colaborare cu M. Obregia şi C. Urechia. Publicată în l'Encéphale, feb. 1913, nr. 2.

puţin satisfăcătoare, în timp ce spermatogeneza era absentă. J o d d e, într-o lucrare asupra testiculului în bolile mintale, expune studiul acestei glande în 19 cazuri de demenţă precoce. În 13 cazuri, greutatea organelor respective era scăzută şi activitatea lor slăbită în 7 cazuri şi complet abolită în 9 cazuri. Din nefericire, acest autor nu spune nimic despre glanda interstiţială.

Cît despre ovare, studiul lor histologic în demenţa precoce nu a fost făcut, lacună pe care L a i g n e l - L a v a s t i n e o semnalează şi el. Frecventa amenoree în această psihoză (unul din noi cu G h e o r g h i a n a întîlnit-o în 25 dintr-un număr de 35 de bolnavi) face probabilă existenţa frecventă a alteraţiilor histologice.

Deoarece am avut ocazia să facem necropsia unui număr destul de mare de bolnavi cu demenţă precoce de ambele sexe, am reluat această problemă şi relatăm aici rezultatul cercetărilor noastre. Vom da mai întîi observaţiile, pentru a discuta apoi faptele constatate şi concluziile care se desprind din ele.

N. B., de 20 de ani. Dinţi crenelaţi, lobulii urechilor aderenţi, bolta palatină adîncă. Stă cu capul plecat, abia răspunde cînd i se vorbeşte. Slăbiciune a raţionamentului. Fără delir şi fără acte violente.

Bolnavul moare de tuberculoză pulmonară bilaterală. Se notează şi aspectul de ficat gras, aspectul slăninos al capsulelor suprarenale pe secţiuni. Hipofiza era mică. Greutatea corpului tiroid 30 g.

Examenul histologic al testiculului arată o glandă diastematică mijlociu dezvoltată şi ale cărei celule conţin granulaţii lipoidice în cantitate moderată. Se găsesc, de asemenea, atare granulaţii în tubii seminiferi, dispuse în chip neregulat în celulele din diferitele straturi. Aceste granulaţii, abundente în tubii seminiferi, formează uneori, în aceştia din urmă, ca şi în celulele glandei interstiţiale, mici picături. Cromatina nucleară în celulele din stratul spermatic este mai puţin abundentă decît în stare normală. Nu se observă cariochineze bine caracterizate, iar spermatogeneza lipseşte.

G. L. M., de 36 de ani. Alcoolism la antecedenţi. Tuberculoză pulmonară. Vorbeşte puţin şi numai după ce a fost îndelung solicitat. Bine orientat în timp, mai puţin bine în spaţiu. Calcul mintal bun. Pierde urina şi fecalele.

La necropsie se notează, pe lîngă tuberculoza vîrfurilor, o pleurezie purulentă dreaptă, cu un focar bronhopneumonic. Ficat gras. Aortită şi nefrită cronică.

Examenul histologic al testiculelor arată că glanda interstiţială este foarte bine reprezentată şi bogată în substanţe lipoidice. Acestea din urmă par să fie în prea mare cantitate în celulele din tubii seminiferi. Spermatogeneza este absentă.

P. S., de 28 de ani (în 1908). Avusese 2 accese convulsive la 12 ani. Cu 3 ani înainte de a fi internat, a început să se izoleze şi să prezinte simptome de negativism. La ospiciu, se notează din punct de vedere somatic, că bătăile inimii sînt slabe şi rare, sensibilitatea generală scăzută sau cel puţin reacţiile bolnavului slabe şi întîrziate. Reflexele cutanate şi tendinoase păreau de asemenea scăzute.

Din punct de vedere psihic, bolnavul păstrează aproape tot timpul aceeaşi poziţie, culcat în pat, cu membrele îndoite şi ascuns sub pătură. Mutism aproape complet. Abia îl putem hotărî cu multă anevoinţă, să-şi pronunţe numele. Pă trează atitudinile imprimate. Urinează pe el.

Se defecă uneori în pat, dar alteori nu o face timp îndelungat dacă infirmierul nu-l duce la closet. Infirmierul trebuie să-l şi alimenteze.

Examenul histologic al testiculelor arată lipsa spermatogenezei şi acumulare de granulaţii lipoidice în celulele din primul strat al tubilor seminiferi. Glanda interstiţială prezintă o dezvoltare moderată, şi conţine granulaţii lipoidice de o abundenţă mijlocie.

P. U., de 30 de ani. Bolnav de 10 ani. Ar fi avut sifilis, dar nu prezintă (la internare) simptome ce ar putea fi atribuite acestei boli.

Se observă la acest bolnav indiferență afectivă, rîs fără motiv, unele tendințe impulsive (să dea foc). Memoria, calculul mintal, fără alterații importante. Moare la 27.V.1911.

La necropsie, creierul nu prezintă alterații macroscopice. Corpul tiroid, 25 g. Se găsește o peritonită purulentă, datorită unei perforații intestinale produsă de o bucată de fier. Ficatul părea să prezinte degenerescență grăsoasă. Congestie renală.

Examenul histologic al testiculelor arată o glandă interstițială slab reprezentată, dar ale cărei celule conțin granulații lipoidice în cantitate destul de mare. Se observă de asemenea abundență de granulații de acest gen în celulele primului strat din tubii seminiferi. Nu am găsit spermatozoizi. Nu se observă procese de scleroză.

St. P., a făcut exces de alcool. Demență precoce catatonică, cu cîteva idei paranoide. Moare de o dublă tuberculoză pulmonară. La necropsie se mai notează glanda tiroidă de dimensiuni mici și ficatul gras.

Studiul microscopic al testiculelor a arătat glanda interstițială bine dezvoltată și celulele ei bogate în granulații lipoidice. În celulele tubilor seminiferi, aceste granulații sînt de asemenea abundente, fără a atinge bogăția celulelor din glanda diastematică. Nu se găsește nici o urmă de spermatogeneză. Nu sînt procese de scleroză.

St. D., de 20 de ani. Fugi. Negativism. Dezorientat. Gatism. Spermatogeneza lipsește. Glanda interstițială prezintă o dezvoltare moderată, iar granulațiile lipoidice, sînt de o abundență mijlocie.

M. X., de 20 de ani. Primită în serviciu în ziua de 8.XII. 1908. Bolnava a fost găsită pe stradă în stare de vagabondaj.

Asimetrie facială. Aderența lobulilor. Craniu trohocefal. Inegalitate pupilară, cea dreaptă mai dilatată decît cea stîngă. Tremurături ale mîinilor și ale limbii. Reflexele nu sînt alterate.

Din punct de vedere psihic, se observă mai cu seamă idei delirante. Se crede sfîntă și spune că nu a avut mamă, ci numai tată. Este fiica tunetului și a focului. Nu are gatism. Mănîncă singură.

Un ovar chistic. Unul din aceste chisturi este mai voluminos și împărțit în 3 compartimente. În întregimea lui, are dimensiunile unui bob de fasole. În stratul cortical se găsesc foliculi primordiali. Una din aceste cavități chistice este căptușită cu un strat celular, bogat în celule cu granulații lipoidice.

Se găsesc și cicatrice de corpi galbeni, la periferia cărora, se observă numeroase celule ale căror granulații de lipocrom au o culoare roșie castanie. În stroma ovariană, se găsesc de asemenea celule izolate, de formă lunguiață și bogate în granulații lipoidice. În general, se poate spune că ovarele sînt în acest caz bogate în formații lipoidice. Se găsesc și foliculi subțiri în peretele cărora se observă un strat de celule cu granulații de același fel.

N. P., de 23 de ani. Pare mult mai tînără. Statură mică (pare de 14—15 ani). Lobulii urechilor sînt aderenți. Ușoară inegalitate pupilară cu scăderea reacțiilor din partea stîngă, unde pupila este mai dilatată. Șanțul nazolabial stîng mai accentuat decît cel drept. Bolta palatină adîncă. Diminuarea reflexului faringian. Reflexele tendinoase și cutanate normale.

Din punct de vedere psihic se notează că bolnava caută să se izoleze, este negativistă. Memoria pentru faptele vechi este păstrată. Dezorientare în timp și spațiu. Nu lucrează. Nu se îngrijește. Somnul este bun. Nu prezintă gatism.

Moare la 29 ani, de tuberculoză pulmonară cavitară. Ulcerații tuberculoase pe intestine. Ficat gras. Rinichi palizi. Substanța medulară din suprarenale pare redusă.

Studiul histologic al ovarelor nu arată prezența foliculilor maturi. Se găsesc totuși foliculi primordiali ai căror celule conțin granulații lipoidice. Se găsește de asemenea un corp galben recent ale cărui celule sînt bogate în asemenea granulații, colorîndu-se în roșu cu scharlach. Se mai găsesc și corpi galbeni mai vechi ale căror celule conțin granulații brun-castanii pe secțiunile colorate cu scharlach.

În țesutul conjunctiv destins al corpilor galbeni, se găsesc de asemenea celule alungite conținînd granulații lipoidice.

L. A., de 27 de ani. A suferit de pelagră*). Ușoară asimetrie craniană, parietalul stîng fiind mai puțin dezvoltat decît cel drept. Scăderea reflexului faringian. Reflexele pupilare, rotuliene, ahiliene și plantare normale.

---

*) Acest fapt face diagnosticul de demență precoce oarecum discutabil, deși unele fenomene clinice îl făcea foarte verosimil.

Stă nemişcată, cu capul plecat. Nu cere nimic. Totuşi mănîncă cu lăcomie. Scădere considerabilă a memoriei de fixaţie. Memoria pentru faptele vechi este mai bună. Lipsă de afectivitate, dezorientată în timp şi spaţiu. N-are delir.

Moare la 29 de ani de tuberculoză pulmonară cavitară. Congestia meningelor. Uşoară scleroză a ficatului; acest organ este congestionat şi aderent de diafragm. Congestie renală. Reacţia lui Vulpian în capsulele suprarenale este slabă.

Studiul ovarului arată că foliculii primordiali sînt numeroşi. Se găsesc cavităţi (foliculi maturi cu celule descuamate), al căror perete conţine un strat de celule bogate în granulaţii lipoidice. Se mai găsesc celule cu granulaţii lipoidice (reprezentînd rămăşiţe de corpi galbeni, sau o glandă interstiţială), mai mult sau mai puţin împrăştiate în stroma ovariană. Se găsesc şi corpi galbeni ale căror celule conţin un pigment cafeniu.

M. A., de 21 de ani. Bolnavă de 3 ani (intrată în serviciu în ianuarie 1911). Constituţie slabă. Statură mică. Asimetrie facială. Bolta palatină adîncă. Lipsa reflexului faringian. Scăderea reflexelor tendinoase. Reacţii pupilare normale. Păstrează îndelung aceleaşi atitudini. Negativism.

Acest fenomen merge pînă la reţinerea urinei şi fecalelor. Trebuie să fie dusă la closet pentru ca să-şi facă nevoile. Trebuie alimentată căci nu mănîncă singură. Dă impresia unei lipse complete a funcţiilor psihice.

Examenul histologic al ovarelor ne arată foliculi primordiali ai căror ovuli sînt bogaţi în granulaţii lipoidice.Se găsesc şi foliculli pe cale de evoluţie. Celulele granuloase nu prezintă nimic normal. Se găsesc chiar foliculi maturi, precum şi corpi galbeni în activitate.

P. C., de 25 de ani. Mama ei s-a sinucis prin strangulare. A avut o soră alienată. Bolnava a avut convulsii în copilărie. Este suferindă de 3 ani. Dădea foc lucrurilor, îşi rupea hainele, ucidea păsările din curte, se izola prin unghere unde stătea cu capul plecat şi cu ochii închişi.

La ospiciu, se notează oarecare microcefalie, urechile cu lobuli puţin dezvoltaţi. Bolnava este palidă. Gambele şi picioarele reci şi cianozate. Reflexele tendinoase scăzute. Bolnava nu reacţionează la excitaţiile dureroase. Păstrează o poziţie rigidă, capul plecat şi un mutism absolut. Trebuie hrănită, căci nu mănîncă singură. Urinează şi se defecă în pat.

Moare la 35 de ani, de tuberculoză pulmonară şi mezenterică. Tiroida cîntărea 15 g.

Examenul histologic al ovarului arată o reducere considerabilă a numărului foliculilor primordiali. Se observă şi o cavitate chistică de dimensiunile unui bob de mei (probabil un folicul ale cărui celule s-au descuamat). În peretele acestei cavităţi se observă un strat de celule foarte bogate în granulaţii lipoidice. Se mai observă încă cicatrice de corpi galbeni vechi. Într-o asemenea cicatrice se observă celule rotunde împrăştiate, bogate în granulaţii lipoidice, dar colorîndu-se cu scharlach cu o intensitate mai mică decît celulele peretelui cavităţii suscitate. Celulele acestei cicatrici amintesc, prin aspectul lor, corpusculii lui Glüges, din focarele de ramolisment sau de degenerescenţă a centrilor nervoşi.

M. Y., de 35 de ani. A făcut uz de băuturi alcoolice. Vagabonda prin oraş, aproape goală. La ospiciu, s-a notat o asimetrie craniană, jumătatea dreaptă fiind mai puţin dezvoltată decît cea stîngă. Uşoară inegalitate pupilară, cu scăderea reacţiei la lumină. Scăderea gustului şi a mirosului, precum şi a sensibilităţii tactile şi ureroase. Tremurături ale degetelor. Exagerearea reflexelor tendinoase. Reflexul faringian abolit. Stă culcată, cea mai mare parte a timpului. Dezorientată în timp şi spaţiu . Scăderea memoriei. Gatism. Insomnie.

La necropsie, s-a notat o ciroză hepato-splenică, chişti în rinichi, ovarele mici, atrofice, necîntărind împreună decît 4 g. Tiroida, 12 g. Examenul histologic al ovarului arată că nu se întîlnesc foliculi primordiali decît în chip excepţional.

Nu se găsesc nici foliculi maturi, nici corpi galbeni în activitate. Se găsesc totuşi cicatrice ale acestor formaţiuni, înconjurate de celule mai de grabă mici, rotunde sau alungite şi bogate în granulaţii care se colorează cu scharlach în roşu închis. Numărul acestor celule pe alocuri este destul de mare.

A. C., de 16 ani. Bolnavă de 6 ani; a lovit pe tatăl său; a încercat să se sinucidă. Asimetrie craniană, jumătatea dreaptă fiind mai dezvoltată. Comisura buzelor de partea stîngă ceva mai aplecată decît la dreapta. Jumătatea stîngă a feţei ceva mai lată decît cea dreaptă. Reflexele pupilar, ahilian şi plantar normale; cel rotulian ceva exagerat.

Din punct de vedere psihic, se observă mai cu seamă indiferenţă afectivă şi incapacitate de a îndeplini vreo muncă oarecare. Infirmiera este nevoită s-o îmbrace. Mănîncă singură, cu mîna.

Este o demență precoce simplă. Moare la 19 ani. Tuberculoză pulmonară incipientă. Ficatul și inima palide. Cele 2 ovare, 2 g.

Studiul histologic al ovarului arată numeroși foliculi primitivi. Corpii galbeni, în involuție, conținînd încă granulații lipoidice și pigmentare.

Ec. R., de 46 de ani. Craniu dolicocefal. Ușoară inegalitate pupilară fără tulburări ale reflexelor. Exagerarea reflexelor tendinoase. Atitudini catatonice și negativism pronunțat. Gatism. Nu mănîncă decît silită.

Dublă tuberculoză pulmonară. Ficat gras. Perisplenită.Reacția lui Vulpian slabă (în medulara suprarenală). Fibrom uterin de volumul unui pumn. Tiroida 12 g. Cele 2 ovare, 5 g.

La microscop, ovarele au aparența atrofică și nu se găsesc foliculi, nici alte elemente active.

G. P., de 20 de ani. Tată alcoolic. Bolnava a avut rujeolă și malarie.

Suferindă de cîteva luni. Impulsii, fugi, vorbire incoerentă. Asimetrie în implantarea și volumul urechilor. Fără tulburări reflexe. Se pot străpunge tegumentele bolnavei cu un ac fără ca ea să manifeste vreun semn de durere. Atitudini catatonice. Indiferența afectivă. Pare dezorientată. Răspunde lent și tardiv cînd este întrebată.

Moare la 25 de ani de tulberculoză pulmonară cavitară și tuberculoză intestinală. Ficat gras. Reacția lui Vulpian slab pozitivă. Cele 2 ovare, 5 g. Reducerea substanței compacte a oaselor.

La microscop, se găsește în corticala ovarelor un mare număr de foliculi primordiali. Cicatrice de corpi galbeni înconjurate de celule bogate în granulații lipoidice colorate în roșu (cu scharlach). În stroma ovariană se observă formațiuni asemănătoare ce par să fie extracelulare.

Să vedem acum ce concluzii reies din constatările noastre.

Din punct de vedere al stării testiculului în demența precoce, trebuie să admitem că glanda diastematică nu prezintă alterații în raport cu această boală, starea ei fiind de regulă normală.

Dimpotrivă, tubii seminiferi sînt regulat atinși și lipsa spermatogenezei constituie de asemenea o regulă, cel puțin în cazurile la care durează de un oarecare timp. În această privință vom mai spune că 2 bolnavi de demență precoce, căsătoriți, nu au avut copii.

Nu este posibil ca celulele din tubii seminiferi să aibă și ele o secreție internă? Ne-am putea întreba, dacă demența precoce nu s-ar datora unor alterații ale acestei secreții.

Ni se pare mai probabil că alterația funcției spermatogenetice să fie efectul intoxicării sau tulburării nutritive care produce însăși demența precoce.

În orice caz, se poate afirma că demența precoce masculină nu este datorită insuficienței testiculare, căci tulburările mintale care o caracterizează nu fac parte din sindromul acestei insuficiențe.

Dar aceasta din urmă nici nu se opune la apariția demenței precoce (B l e u l e r).

Acest fapt arată pe de altă parte că părerea opusă nu este întemeiată (a lui B o r n s t e i n, pentru care demența precoce ar fi o exagerare a fenomenelor pubertății, cu alte cuvinte un sindrom de hiperorhitism).

Această părere nu concordă nici cu constatările noastre histopatologice, căci nu am găsit nici o hipertrofie a glandei interstițiale nici fenomene hiperfuncționale în tubii seminiferi.

În sfîrșit, ipoteza unei secreții interne pervertită a celulelor tubilor seminiferi a devenit neverosimilă prin faptul pe care B l e u l e r îl invocă împotriva ipotezei lui B o r n s t e i n; castrarea, uni- sau bilaterală, nu

exercită o acțiune favorabilă asupra demenței precoce (două cazuri observate de Bleuler).

În ce privește ovarele, studiul cazurilor noastre arată că ovarul este deseori în stare normală și că în cazurile în care se găsesc alterații, se poate invoca fie efectul bolii însăși, fie efectul afecțiunilor intercurente. Raționamentele pe care le-am făcut pentru testicul pot să fie valabile și pentru ovar. Amintim că Bleuler a observat 3 cazuri de castrație la femei atinse de demență precoce. În două din aceste cazuri, tulburările psihice au început chiar în urma castrației. Dar deoarece se poate observa starea normală a ovarului în demența precoce și deoarece aceasta lipsește de obicei la femeile castrate, trebuie să tragem concluzia că această intervenție în cele 2 cazuri citate nu a putut să aibă o influență decît ca un factor accesoriu asupra unui organism deja predispus, datorită altor cauze.

Concluzia generală a cercetărilor noastre este următoarea :

O tulburare în secreția internă a glandelor sexuale nu pare să fie răspunzătoare de apariția demenței precoce.

Mai rezultă că, în cursul acesteia, din urmă, se pot găsi alterații ale glandelor genitale și că, absența spermatogenezei este o regulă, ceea ce împreună cu alte fapte, ca alterațiile sîngelui, arată că demența precoce este, ca și paralizia generală, o boală generală, și nu localizată numai în creier.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЛОВЫХ ЖЕЛЕЗ (ЯИЧЕК И ЯИЧНИКОВ) ПРИ РАННЕМ СЛАБОУМИИ

(КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ)

Изучая половые железы (яички и яичники) в 15 случаях раннего слабоумия, автор приходит к следующим выводам:

Диастемальная железа яичка не представляет каких-либо изменений в связи с данным заболеванием, поскольку состояние ее обычно остается нормальным.

В семенных канальцах часто наблюдаются изменения, причем, как правило, отмечается отсутствие сперматогенеза, по крайней мере в случаях с большой давностью болезни.

Можно утверждать, что раннее слабоумие не вызывается функциональной недостаточностью яичка, так как характеризующие его психические расстройства не включаются в синдром подобной недостаточности. Раннее слабоумие не является и результатом гиперорхитического синдрома, так как интерстициальная железа и семенные канальцы не являются гипертрофированными и не отличаются гиперфункциональным аспектом. Точно также не может быть речи об извращенной секреции, поскольку кастрация не дает никаких результатов.

Яичники оказываются большей частью нормальными. Наблюдаемые иногда изменения могут быть вторичными явлениями, вызванными психическими расстройствами или какими-либо интеркуррентными заболеваниями.

Таким образом, развитие раннего слабоумия, очевидно, нельзя приписать каким-либо нарушениям внутренней секреции половых желез. Наблюдаемые изменения половых желез — главным образом отсутствие сперматогенеза — указывают, что в данном случае речь идет о заболевании всего организма.

RECHERCHES SUR LES GLANDES GÉNITALES (TESTICULES ET OVAIRES) DANS LA DÉMENCE PRÉCOCE

(RÉSUMÉ)

L'étude des glandes génitales (testicules et ovaires), dans 15 cas de démence précoce, permet à l'auteur de tirer les conclusions suivantes :

Dans cette maladie, la glande diastématique du testicule ne présente pas d'altérations, son état étant le plus souvent normal.

Les tubes séminifères présentent de fréquentes altérations et l'absence de la spermatogénèse est de règle, du moins dans les cas qui ont une évolution plus prolongée.

On peut affirmer que la démence précoce n'est pas due à l'insuffisance testiculaire, car les troubles mentaux, qui en sont caractéristiques, ne font pas partie du syndrome de cette insuffisance. De même, elle n'est pas la conséquence d'un syndrome d'hyperorchitisme, car la glande interstitielle et les tubes séminifères ne sont pas hypertrophiés et n'offrent pas l'aspect hyperfonctionnel. Il ne s'agit non plus d'une sécrétion viciée, car la castration n'a donné aucun résultat.

Les ovaires sont souvent normaux. Les altérations — lorsqu'elles existent — peuvent être secondaires aux affections psychiques ou à des maladies intercurrentes.

En conclusion, ce n'est pas un trouble de la sécrétion interne des glandes sexuelles qui serait responsable de l'apparition de la démence précoce. Les altérations des glandes génitales et surtout l'absence de la spermatogénèse, démontrent qu'il s'agit d'une maladie de l'organisme entier.

BIBLIOGRAFIE

1. Kraepelin, *Psychiatrie.*

2. Bleuler, *Dementia praecox oder Gruppe der Schiziphrenien*, in *Handbuch der Psychiatrie,* Ascheffenburg, 1911, partea a 4-a, caiet 1.

3. A. Marie et Dide, *Examen physiopathol. par fonctions,* în *Traité international de psychopathol,* vol. 1.

4. Laignel-Lavastine, *Des troubles psychiques par perturbations des glandes endocrines,* Congrès de Dijon, 1908.

5. C. I. Parhon, *Cercetări asupra glandelor cu secreție internă în raporturile lor cu patologia mintală,* București, 1910.

A. Marie et C. I. Parhon, *Note sur l'état des glandes à sécrétion interne dans quelques cas d'aliénation mentale,* Archives de néurol., iun. 1912.

NOTĂ ASUPRA PARATIROIDELOR ALIENAŢILOR*

Este cert că glandele paratiroide au un rol foarte important în organism, deşi încă insuficient cunoscut din mai multe puncte de vedere.

Influenţa lor asupra sistemului nervos nu ar putea în nici un caz să fie pusă la îndoială şi eşti îndreptăţit să te întrebi în ce măsură tulburările lor intervin la alienaţi.

Unul dintre noi a reamintit într-altă parte puţinul pe care îl ştim din acest punct de vedere.

În nota prezentă ne propunem să aducem o contribuţie la studiul histopatologic al acestor organe la alienaţi.

Din acest punct de vedere noi am studiat glandele paratiroidiene în 39 de cazuri de alienaţie mintală.

Printre aceste cazuri, 15 de paralizie generală, 8 de psihoză pelagroasă, 4 de confuzie mintală, 4 de demenţă precoce (din care unul de demenţă paranoidă la o femeie guşată şi scoliotică), 2 de epilepsie, 1 de tumoare cerebrală, 1 de idioţie, 1 de tabes cu tulburări psihice puţin marcate etc.

În general, se poate spune că alteraţiile paratiroidiene nu ni s-au părut frecvente, glandele fiind în cea mai mare parte de tip compact.

Ţesutul *adipos*, intraglandular era abundent în 3 din 15 cazuri de paralizie generală, în 2 de pelagră (din 8 cazuri) şi în unul din 4 cazuri de confuzie mintală.

Se notează ectazie vasculară (fenomen foarte frecvent în organele paraliticilor generali) numai în 4 din 15 cazuri cu această boală, în 2 cazuri la pelagroşi, o dată la o femeie atinsă de virilism cu tulburări psihice.

---

* În colaborare cu H. Rosen. Publicată în „Bulletin de la Société roumaine de neurologie, psychiatrie, psychologie et endocrinologie", 1925, nr. 3.

Procese de scleroză mai mult sau mai puțin intense au fost notate în 3 din cele 15 cazuri de paralizie generală.

Se notează de asemenea scleroză (o dată scleroza era intensă) în 3 din 8 cazuri de pelagră și o dată din 4 cazuri de confuzie mintală.

Rari foliculi conținînd o picătură de coloid au fost notați în 3 cazuri de paralizie generală și în 2 cazuri de pelagră. La un bolnav de demență precoce, mort de tuberculoză pulmonară, foliculii cu coloid erau foarte abundenți.

Se notează de asemenea un mic număr de foliculi cu coloid în cazul de tumoare cerebrală.

În acesta din urmă vedem foliculi reamintind pe acei ai tiroidei precum și alții asemănători cu acei ai lobului anterior al hipofizei.

În cîteva cazuri, unul de paralizie generală, cazul de demență precoce cu foliculi cu coloid, cazul de tumoare cerebrală, se observau insule cu celule mai voluminoase decît acelea care formau cea mai mare parte din substanța glandulară.

Într-un caz de pelagră, precum și în acela de tumoare cerebrală, nucleii unui număr de celule erau picnotici.

În sfîrșit, granulațiile lipoidice, a căror prezență mi s-a părut regulă în paratiroide, unde se grupează de obicei sub forma unei sfere mici, erau mai abundente în cazul de tabes, într-un caz de confuzie mintală, în 2 de demență, precoce, precum și într-un caz de pelagră.

Pentru paratiroide, ca și pentru tiroidă, ni s-a părut că bogăția în granulații lipoidice este mai mare la indivizi mai în vîrstă sau la cei atinși de tuberculoză.

Observațiile noastre sînt încă prea puțin numeroase pentru a ne permite concluzii.

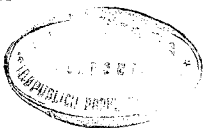
Noi le prezentăm aici numai cu titlul de documentare.

ЗАМЕТКА О ПАРАЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗАХ УМАЛИШЕННЫХ

(КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ)

Автором исследованы околощитовидные железы у 39 умалишенных (15 случаев пеллагры, 4 случая спутанности сознания, 4 случая раннего слабоумия, в том числе 1 случай параноидного слабоумия при наличии зоба и сколиоза, 2 случая эпилепсии, 1 случай опухоли головного мозга, 1 случай идиотии, 1 случай спинной сухотки с психическими расстройствами и т. д.).

Вообще у умалишенных изменения этих желез отмечаются сравнительно редко. Автор описывает обнаруженые поражения, не делая, однако, выводов, из-за недостаточного количества подобных исследований.



NOTE SUR LES PARATHYROÏDES DES ALIÉNÉS

(RÉSUMÉ)

L'auteur a étudié les parathyroïdes de 39 malades atteints d'aliénation mentale (15, de pellagre, 4, de confusion mentale, 4, de démence précoce, dont un chez une démente paranoïde avec goitre et scoliose, deux, d'épilepsie, un cas de tumeur cérébrale, un cas d'idiotie, un tabétique avec troubles psychiques, etc.).

En général, les altérations de ces glandes ne semblent pas fréquentes chez les aliénés.

L'auteur décrit les altérations observées sans tirer de conclusions jusqu'à plus ample informé.

CERCETĂRI HISTOPATOLOGICE ASUPRA EPIFIZEI ÎN CÎTEVA CAZURI DE ALIENAŢIE MINTALĂ *

Glanda pineală, acest vechi organ, centrul sufletului după părerea lui D e s c a r t e s, rămîne încă un organ enigmatic dar totuşi foarte important. El trebuie să fie cercetat cu atenţie şi perseverenţă.

Studiul său este cu atît mai interesant de urmărit cu cît epifiza reprezintă din punctul nostru de vedere o glandă neurocrină, ca şi hipofiza, cu care după părerea mai multor autori ar avea raporturi antagoniste.

Printre cei care au făcut cercetări asupra epifizei alienaţilor, vom cita mai cu seamă pe L a i g n e l - L a v a s t i n e, care observă (procese de scleroză) ale acestui organ la alcoolici.

Acelaşi autor, apoi, J o s e p h y, K r a b l e, au găsit în unele cazuri modificări ale structurii glandei în cursul P. G. La rîndul nostru, am studiat acest organ în 30 de cazuri de alienaţie mintală, dintre care 8 de P.G., 5 de schizofrenie, unul de excitaţie maniacală, 2 de confuzie mintală, 2 de demenţă senilă, 8 de alcoolism, 3 de epilepsie.

În ultimul caz era vorba de epifiza unei fetiţe (14 ani) decedată de turbare.

Vîrsta acestor bolnavi varia între 14 şi 68 de ani.

Urmărind cazurile, cauza morţii a fost scleroza cardiorenală, erizipelul, gangrena pulmonară, tuberculoza, cancerul pilorului etc.

În ceea ce priveşte P.G., nu am găsit decît o singură dată un anumit grad de scleroză a glandei cu vascularizaţie abundentă.

Bolnavul (50 de ani) murise de scleroză cardiorenală.

În 2 cazuri cu acelaşi diagnostic (scleroză cardiorenală) glanda nu ni s-a părut alterată.

Prezenţa concreţiunilor calcare a fost remarcată la 5 din cei 8 bolnavi de P.G. pe care i-am studiat. În două din aceste cazuri ele erau destul de

---

* În colaborare cu G u s t a v F e s t l i c h. Publicată în „Bulletins et mémoires de la section d'endocrinologie", 1936, nr. 7.

abundente. În alcoolism, scleroza acestui organ a fost întîlnită într-un singur caz din 8 (bărbat de 42 de ani mort de congestie pulmonară).

Concrețiunile calcare foarte abundente au fost găsite într-un alt caz (bărbat de 55 de ani mort de pneumonie).

Dar acestea mai erau vizibile pe secțiunile noastre în alte 4 cazuri de alcoolism. La cei 5 bolnavi de schizofrenie, nu am găsit decît în 2 cazuri concrețiuni calcare. Acestea din urmă au fost de asemenea notate în 2 din cele 3 cazuri de epilepsie studiate. La unul din acești bolnavi se observă pe lîngă un anumit grad de scleroză și o congestie a organului.

În confuzia mintală și excitația maniacală, nici o modificare. Într-unul din cele 2 cazuri de demență senilă existau procese de scleroză și concrețiuni calcare abundente. În cazul de turbare am notat mai multe formațiuni chistice în glandă. Prima impresie generală care se desprinde din observațiile noastre este că epifiza trebuie într-adevăr privită ca un organ glandular cu funcțiune constantă în cursul întregii vieți și care, în limita variațiilor individuale, își păstrează destul de îndelungat structura sa.

În ceea ce privește bolile mintale, nu putem afirma că există alterări ale structurii glandei în raport cu acestea.

Noi sîntem mai curînd de părere că nu este așa.

Dar trebuie să adăugăm că în această notă nu am făcut decît să atingem problema în treacăt, studiul său meritînd din mai multe considerente cercetări mai aprofundate.

Sperăm că într-o zi vom putea reveni asupra acestei chestiuni.

ГИСТОПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭПИФИЗА У НЕСКОЛЬКИХ УМАЛИШЕННЫХ

(КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ)

Шишковидная железа является нейрокринной железой, подобно гипофизу, с которым, как утверждает ряд авторов, она находится в антагонистических взаимоотношениях.

Леньель-Лявастин обнаружил склеротические изменения этого органа у алкоголиков. Джозефи, Крэбль находили в некоторых случаях структурные изменения данной железы при прогрессивном параличе.

Авторы исследовали эпифиз у 30 умалишенных: 8 случаев прогрессивного паралича, 1 — маниакального возбуждения, 2 — спутанности сознания, 2 — старческого слабоумия, 8 — алкоголизма, 3 — эпилепсии, 5 — шизофрении и 1 — бешенства. При этом обнаружены разнообразные поражения органа.

Найдены известковые конкременты у 5 из 8 больных прогрессивным параличом и у 5 из 8 алкоголиков; у одного из эпилептиков обнаружены склероз и гиперемия; у одного алкоголика отмечен склероз; в одном случае старческого слабоумия обнаружены склероз и наличие конкрементов и т. п.

В исследованных случаях шизофрении, спутанности сознания и маниакального возбуждения железа оказалась нормальной.

Авторы полагают, что при психических заболеваниях эпифиз обычно остается неповрежденным.

RECHERCHES HISTOPATHOLOGIQUES SUR L'ÉPIPHYSE DANS QUELQUES CAS D'ALIÉNATION MENTALE

(RÉSUMÉ)

La glande pinéale est une glande neuro-endocrine tout comme l'hypophyse; de l'avis de plusieurs auteurs, ses rapports avec cette dernière sont antagonistes.

Laignel-Lavastine a trouvé chez les alcooliques des altérations sclérotiques de cet organe. Josephy, Krable ont parfois observé des modifications de la structure de l'épiphyse dans la paralysie générale.

Les auteurs étudient l'épiphyse dans 30 cas d'aliénation mentale, dont 8 de paralysie génerale, 1 cas d'excitation maniacale, 2 de confusion mentale, 2 de démence sénile, 8 d'alcoolisme, 3 d'épilepsie, 5 de schizophrénie et un cas de rage. Les altérations observées ont été variables.

On a trouvé des concrétions calcaires chez 5 des 8 malades de paralysie générale et chez 5 des 8 alcooliques; dans un des cas d'épilepsie, on a constaté la présence d'une sclérose et d'une congestion, chez un alcoolique, une sclérose, chez un dément sénile, une sclérose et des concrétions, etc.

La glande était normale dans les cas de schizophrénie, de confusion mentale, d'excitation maniacale.

Les auteurs considèrent que d'ordinaire, dans les maladies psychiques, l'épiphyse n'est pas altérée.

CERCETĂRI PONDERALE ASUPRA GLANDELOR ENDOCRINE LA ALIENAȚI

CERCETĂRI PONDERALE ASUPRA GLANDEI TIROIDE LA ALIENAȚII DE DIFERITE CATEGORII*

Alterările tiroidiene la alienați sînt foarte frecvente, după părerile autorilor care s-au ocupat de această problemă. Propriile noastre cercetări ajung la același rezultat.

Tenchini a atras de curînd atenția asupra cifrelor mici ce se găsesc la cîntărirea tiroidelor alienaților.

Autorul citat n-a putut să studieze decît 14 tiroide de alienați, din care 7 de bărbați și 7 de femei.

Socotim interesant să arătăm aici rezultatul cercetărilor noastre personale referitoare la un mare număr de tiroide de alienați, și să grupăm rezultatele după diagnostice, comparîndu-le în același timp cu acele pe care le-am mai putut găsi în literatură.

Astfel procedînd, reiese posibilitatea de a lămuri unele fapte care pot da indicații interesante privitoare la raporturile ce pot exista între diferite psihoze și alterările funcției tiroidiene.

Ne vom mulțumi să raportăm aici numai cifrele găsite în cazurile observate de noi și de alți autori care s-au ocupat de problemă, rezervîndu-se dreptul de a da mai multe amănunte în lucrări ulterioare.

Iată rezumatul rezultatelor noastre :

Melancolia (media a 13 cazuri) . . . . 28,24 g.
Psihoza maniaco-depresivă (media a 2 cazuri) . . . . 31,50 g
Manie cronică (media a 2 cazuri) . . . . 52,90 g
Media totală a acestor 17 cazuri de psihoze afective este de 31,47 g.
Psihoze sistematizate și paranoice (media a 4 cazuri) . . . . 39 g.
Demență precoce (media a 27 cazuri) . . . . 23,90 g
Epilepsie (media a 51 cazuri) . . . . 18,69 g
Confuzie mintală (media a 13 cazuri) . . . . 19,82 g.

---

* Comunicare prezentată la Congresul medicilor alieniști și neurologiști din Franța și din țările de limbă franceză, Sesiunea a XXI-a Tunis, 1—7 apr. 1912.

Demență senilă (media a 24 cazuri)		20,68 g
Paralizie generală (media a 117 cazuri)		23,52 g
Psihoze alcoolice	(„ a 13 cazuri)	19,91 g
Psihoze pelagroase	(„ a 21 cazuri)	20,33 g
Idioție	(„ a 9 cazuri)	19,25 g
Imbecilitate	(„ a 6 cazuri)	21,33 g

După cum se vede, cifrele cele mai ridicate se găsesc în psihozele afective, ceea ce constituie o nouă confirmare a părerii susținute de noi, în mai multe lucrări anterioare, asupra rolului glandei tiroide în patogenia acestor psihoze și asupra apropierii ce se poate face între manie, melancolie, psihoza maniaco-depresivă și sindromul Basedow.

Cifrele cele mai mici sînt în epilepsie și, împreună cu Claude, Schmiergeld și Zalla, atragem atenția asupra frecvenței alterațiilor tiroidiene la epileptici.

În demența precoce și în paralizia generală găsim cifrele medii cele mai apropiate de starea normală.

În confuzia mintală, în psihozele alcoolice și în idioție, cifrele medii sînt de asemenea sub normale.

Se găsesc cifre mici și în demența senilă, la pelagroși și la imbecili.

În aceste cazuri diferite, se poate bănui o influență asupra corpului tiroid a acelor cauze care au determinat psihoza (de exemplu, în demența senilă) sau, poate mai adesea, trebuie să admitem că tulburarea funcției tiroidiene a favorizat apariția tulburărilor psihice.

După cum se vede, simplele cîntăriri ale corpului tiroid, efectuate la alienați[1]), dau rezultate destul de interesante asupra cărora se cuvine să atragem atenția psihiatrilor.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЕСА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У УМАЛИШЕННЫХ РАЗЛИЧНЫХ КАТЕГОРИЙ

(КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ)

Определение веса щитовидной железы у умалишенных различных категорий показало интересные изменения, которые заслуживают внимания. Учитывая литературные данные и пополняя их собственными наблюдениями, автор нашел следующие средние цифры:

Меланхолия	(средняя из 13 случаев)	— 28,24 г
Хроническая мания	(средняя из 2 случаев)	— 52,50 г
Маниакально-депрессивный психоз	(средняя из 2 случаев)	— 31,50 г
Общая средняя этих 17 случаев аффективного психоза равняется 31,47 г		
Различные формы хронического бреда	(средняя из 4 случаев)	— 30,00 г
Прогрессивный паралич	(средняя из 117 случаев)	— 23,52 г.

[1]) Cifrele indicate mai sus sînt redate după constatările lui Volberg, Perrin de la Touche, Ramadier, Marchand, Claude și Schmiergeld, Zalla Tenchini, iar altele rezultă din cercetări personale ale autorului.

Раннее слабоумие	(средняя из 27 случаев)	— 23,90 г
Спутанность сознания	(средняя из 13 случаев)	— 19,82 г
Пеллагра	(средняя из 21 случаев)	— 20,33 г
Алкоголизм	(средняя из 13 случаев)	— 19,91 г
Имбецильность	(средняя из 6 случаев)	— 21,33 г
Идиотия	(средняя из 9 случаев)	— 19,25 г
Эпилепсия	(средняя из 51 случаев)	— 18,69 г

Таким образом, максимальная средняя находится при аффективных психозах, что говорит в пользу высказанной автором теории о том, что щитовидная железа (при гипертиреозе или извращении тиреосекреторной функции) участвует в развитии маниакально-депрессивного психоза.

Минимальная средняя найдена у эпилептиков, что согласуется с результатами исследований Клода, Залла, а также и самого автора, согласно которым поражение щитовидной железы весьма часто наблюдается у эпилептиков.

Прогрессивный паралич и раннее слабоумие дают наиболее близкие к норме средние цифры.

При спутанности сознания, алкогольных психозах, идиотии, старческом слабоумии, пеллагрозном слабоумии и имбецильности найдены пониженные цифры. Автор высказывает предположение о том, что либо психические и тиреоидные расстройства вызываются общей причиной, либо — и это наиболее вероятно — эндокринное расстройство благоприятствует возникновению психических нарушений.

RECHERCHES PONDÉRALES SUR LA GLANDE THYROÏDE CHEZ LES ALIÉNÉS DE DIFFÉRENTES CATÉGORIES

(RÉSUMÉ)

L'étude pondérale de la glande thyroïde, chez les différentes catégories d'aliénés, montre des variations intéressantes, dont il faut tenir compte. En associant les données de la littérature médicale et les constatations de l'auteur, on a trouvé les moyennes suivantes :

Mélancolie	(moyenne de 13 cas)	—28,24 g
Manie chronique .	(„ 2 cas)	52,50 g
Psychose maniaco-dépressive	(„ 2 cas)	—31,50 g
Moyenne totale de ces 17 cas de psychoses affectives	. . . .	—31,47
Délires chroniques divers	(moyenne de 4 cas)	—30 g
Paralysie générale	(„ 117 „)	—23,52 g
Démence précoce	(„ 27 „)	—23,90 g
Confusion mentale	(„ 13 „)	—19,82 g
Pellagre	(„ 21 „)	—20,33 g
Alcoolisme	(„ 13 „)	—19,91 g
Imbécillité	(„ 6 „)	—21,33 g
Idiotie	(„ 9 „)	—19,25 g
Epilepsie	(„ 51 „)	—18,69 g

Par conséquent, la moyenne la plus élevée est celle des psychoses affectives, ce qui vient à l'appui de la théorie de l'auteur, selon laquelle la glande thyroïde (par hyperthyroïdisme ou dérèglement de la fonction thyroïdienne) intervient dans la pathogénie de la psychose maniaco-dépressive.

La moyenne la plus faible appartient à l'épilepsie, ce qui concorde avec les recherches de Claude, de Zalla et de l'auteur, qui considèrent que les altérations thyroïdiennes sont fréquentes chez les épileptiques.

La paralysie générale et la démence précoce donnent les moyennes les plus rapprochées de l'état normal.

Dans la confusion mentale, les psychoses alcooliques, l'idiotie, la démence sénile, la démence pellagreuse et l'imbécilité, les chiffres sont bas. L'auter suppose qu'il existe, soit une cause commune aux troubles psychiques et endocriniens, soit — ce qui paraît plus probable — que les troubles endocriniens ont favorisé l'apparition de l'affection mentale.

CERCETĂRI PONDERALE ASUPRA PANCREASULUI LA ALIENAŢI*

În cercetări anterioare, unul din noi (1), (2), a studiat ponderal tiroida la diferite categorii de alienaţi şi a putut stabili un fapt interesant, şi anume că greutatea medie cea mai mare se găseşte în psihozele afective (manie, melancolie, psihoză maniaco-depresivă), pe cînd greutatea medie cea mai scăzută este constatată în epilepsie.

Am socotit interesant să întreprindem cercetări asemănătoare pentru toate glandele cu secreţie internă, aceste cercetări contribuind la mai buna cunoaştere a terenului pe care evoluează bolile mintale şi chiar într-o oarecare măsură să ne lămurească asupra patogeniei lor.

Într-o lucrare anterioară (3), am studiat greutatea glandelor suprarenale la alienaţi şi am găsit media maximă în paralizia generală, după care urmează epilepsia şi demenţa precoce. Constatarea mediei celei mai mari în paralizia generală concordă cu părerea lui Stern (4) că la aceşti bolnavi musculatura puternică şi dezvoltarea abundentă a sistemului pilos deşteaptă ideea hiperfuncţiei glandelor suprarenale, în boala lui Bayle. Greutatea însemnată a acestor organe la epileptici, şi poate chiar şi la demenţii precoci, ar putea fi în raport cu o hiperfuncţie consecutivă hiperactivităţii musculare (convulsii epileptice, fenomenele musculare ale catatoniei).

Ne vom ocupa în lucrarea de faţă de studiul ponderal al pancreasului la alienaţi, urmărind materialul adunat în numeroasele necropsii pe care le-am efectuat la ospiciul Mărcuţa.

Ca şi celelalte glande endocrine, pancreasul ne-a părut că merită atenţia noastră, cu atît mai mult cu cît acţiunea lui ca glandă endocrină nu pare să se mărginească exclusiv la metabolismul azotului şi hidraţilor de carbon, ci influenţează probabil şi sistemul nervos în mod mai general.

Astfel, pentru Loewi (5), pancreasul pare să excite funcţiile nervoase inhibitorii ale sistemului simpatic şi să inhibe funcţiile excitatoare

* În colaborare cu Gh. Zugravu. Publicată în „Archives de Neurologie", mar. 1914.

ale aceluiaşi sistem. Instilaţia adrenalinei în ochi, la cîine sau pisică, fără acţiune în stare normală, după M e l t z e r (citat după (5)) produce midriază la animalele cărora li s-a extirpat în prealabil ganglionul cervical superior. După L o e w i însă, acelaşi fenomen se produce, dacă în loc de a extirpa ganglionul citat se face ablaţia pancreasului. Mai de curînd, M a r k e l o w (6) a observat că injecţiile cu extract pancreatic au o acţiune de scurtare a curbelor ergografice, acţiune ce se poate apropia de reacţia miastenică, pe care unul din noi (7) cu G o l d s t e i n, şi mai recent însuşi M a r k e l o w, le-au obţinut prin injecţia de extracte paratiroidiene.

Tabloul alăturat rezumă totalitatea cercetărilor noastre cuprinzînd 240 cazuri de alienaţie mintală.



Rezultă în primul rînd din acest tablou că greutatea pancreasului este în general mai ridicată la bărbat decît la femeie, ceea ce concordă de altfel cu părerea clasică. Astfel, după T e s t u t, greutatea medie a pancreasului este de 70 g la bărbat şi de 66 g la femeie (deci greutatea medie pentru ambele sexe : 68 g).

Dar examinarea tabloului ne arată, în acelaşi timp, că greutatea organului variază după afecţiunea respectivă, şi faptul devine şi mai evident, dacă încercăm să fixăm media greutăţii pentru diferitele diagnostice. În aceste medii nu am ţinut seamă decît de cazurile privitoare la adulţi. De asemenea, am lăsat la o parte acele afecţiuni din care am avut un singur caz.

Iată mediile pe care la-am găsit :

Alcoolism	= 79,37 g	(media a 16 cazuri)
Confuzie mintală	= 78,62 g	(„ „ 8 „)
Paralizie generală	= 78,34 g	(„ „ 96 „)
Pelagră	= 69,60 g	(„ „ 33 „)
Demenţă precoce	= 69,60 g	(„ „ 23 „)
Epilepsie	= 65,60 g	(„ „ 41 „)
Imbecilitate	= 65,60 g	(„ „ 5 „)
Debilitate mintală	= 61,60 g	(„ „ 2 „)
Demenţă senilă	= 55,43 g	(„ „ 7 „)

Aşadar limita superioară a greutăţii medii este aceea din alcoolism, urmează confuzia mintală, paralizia generală şi pelagra. În toate aceste cazuri, trebuie să remarcăm importanţa fenomenelor toxice, şi a tulburărilor aparatului digestiv. Alcoolismul a putut să joace şi el un rol în cazurile diagnosticate (din lipsă de date mai precise asupra etiologiei lor) drept confuzie mintală. Aceeaşi intoxicaţie se găseşte în antecedentele majorităţii paraliticilor generali.

În sfîrşit, tulburările digestive sînt foarte frecvente, nu numai în alcoolism sau pelagră, dar şi în confuzia mintală în general, precum şi în paralizia generală.

Ta

Greutatea organului	Paralizie generală		Demenţă precoce		Demenţă senilă		Confuzie mintală		Alcoolism		Pelagră		Debilitate mintală		Imbecilitate		Idioţie		Epilepsie		Demenţă postmeningitică		Psihoză puerperală	
	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.
150	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
135	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
130	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
120	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
118	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
115	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
114	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
110	3	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
105	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
100	9	—	—	—	—	—	2	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	1	—	—	—
95	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—
94	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
90	10	1	2	—	—	1	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—
85	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—
82	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
80	13	—	2	1	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	2	2	—	—	—	—
75	5	—	2	1	—	—	1	—	—	—	4	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
74	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
72	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
71	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
70	16	1	3	—	—	—	1	1	3	—	4	1	1	—	1	—	—	—	3	4	—	—	—	—
68	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
65	7	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	2	2	—	—	—	—
60	6	1	2	—	1	1	—	—	—	2	2	6	—	—	1	—	1	—	2	4	—	—	—	—
58	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
55	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
54	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
53	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
52	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
50	2	4	1	1	—	3	—	2	—	—	2	2	—	—	—	—	1	—	3	3	—	—	—	—
48	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
45	—	—	—	1	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
40	1	—	—	2	—	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
35	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
30	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
20	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Total	86	11	14	9	1	8	5	3	12	4	16	17	1	1	5	—	4	—	21	19	1	—	—	1

Rezultă că, în deosebi, în psihozele în a căror etiologie intoxicaţia pe cale digestivă are un rol important, se găsesc cele mai ridicate greutăţi ale pancreasului. Este vorba de o acţiune directă a substanţelor toxice asupra pancreasului, sau această hipertrofie este consecutivă unor tulburări hepatice (ficatul putînd fi considerat ca o glandă antagonistă a pancreasului)?

Pentru moment, este greu de răspuns.

În demenţa precoce, greutatea pancreasului se apropie mai mult de media indicată de T e s t u t.

blou

Hemiplegie tumoare endocriniană B.	Hemiplegie tumoare endocriniană F.	Insuficiență tiroidiană, demență B.	Insuficiență tiroidiană, demență F.	Cretinism și surdo-mutism B.	Cretinism și surdo-mutism F.	Total B.	Total F.	Total general	OBSERVAȚII
—	—	—	—	—	—	1	—	1	
—	—	—	—	—	—	—	1	1	
—	—	—	—	—	—	1	—	1	
—	—	—	—	—	—	2	—	2	
—	—	—	—	—	—	1	—	1	
—	—	—	—	—	—	2	—	2	
—	—	—	—	—	—	1	—	1	Unul din epilepticii a cărui glandă cîntărea 65 g nu avea decît 14 ani.
—	—	—	—	—	—	6	—	6	
—	—	—	—	—	—	2	—	2	Idiotul a cărui glandă cîntărea 60 g avea 16 ani.
—	—	—	—	—	—	19	—	19	
—	—	—	—	—	—	3	1	4	
—	—	—	—	—	—	1	—	1	
—	—	—	—	—	—	14	4	18	
—	—	—	—	—	—	3	—	3	Unul din cele două cazuri de bărbați paralitici cu glandă de 50 g era un P.G. juvenil (16—17 ani). Tot astfel unul din cei 3 epileptici cu glanda de 50 g era un idiot în vîrstă de 17 ani Una din cele 3 femei demente senile era în același timp osteo-malacică.
—	—	—	—	—	—	—	1	1	
—	—	—	—	—	—	18	4	22	
—	—	—	—	—	—	12	2	14	
—	1	—	—	—	—	—	2	2	
—	—	—	—	—	—	1	—	1	Epilepticul a cărui glandă nu cîntărea decît 48 g nu avea decît 16 ani.
—	—	—	—	—	—	1	—	1	
—	—	—	1	—	1	32	9	41	Idiotul a cărui glandă cîntărea 40 g nu avea decît 10 ani.
—	—	—	—	—	—	2	—	2	
—	—	—	—	—	—	9	5	14	
—	—	—	—	—	—	15	13	28	
—	—	—	—	—	—	1	—	1	Epileptica cu glanda de 30 g era o copilă. Idiotul cu glanda de 30 g era în același timp un infantil de 19 ani.
—	—	—	—	—	—	1	2	3	
—	—	—	—	—	—	—	2	2	
—	—	—	—	—	—	—	1	1	
—	—	—	—	—	—	2	1	3	
—	—	—	—	—	—	9	15	24	
—	—	—	—	—	—	1	2	3	
—	—	—	—	—	—	1	2	3	
—	—	—	—	—	—	2	5	7	
—	—	—	—	—	—	—	1	1	
—	—	—	—	—	—	2	1	3	
—	—	—	—	—	—	1	—	1	
—	1	—	1	—	1	166	74	240	

Limita inferioară a cifrei medii a greutății se găsește în demența senilă, unde ne putem gîndi la alterații de ordin atrofic. Dar și faptul că cea mai mare parte din cazurile noastre de demență senilă erau la femei poate să fi contribuit la această medie stabilită ca minimă.

Dacă facem abstracție de diagnostice, găsim în tabloul nostru că greutatea de 70 g este ceva mai frecventă (40 de cazuri), ceea ce concordă cu cifrele date de T e s t u t. Apoi vine greutatea de 60 g (28 de cazuri), aceea de 50 g (24 de cazuri), aceea de 80 g (22 de cazuri), aceea de 100 g (19 cazuri), de 90 g (18 cazuri), de 75 g (14 cazuri) etc. După cum se

observă, studiul pancreasului la alienați poate să ne furnizeze date interesante și ar merita să fie urmărit prin metode mai complexe (histologică, chimică, fiziologică etc.).

Unul din noi, singur (8) și cu A. Marie (9), a descris în altă parte examenul histologic al acestei glande în mai multe cazuri de alienație mintală.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЕСА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У УМАЛИШЕННЫХ

(КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ)

Определялся вес поджелудочной железы у 240 умалишенных. Средние величины веса данного органа располагаются в убывающем порядке следующим образом: алкоголизм, спутанность сознания, прогрессивный паралич, психическая дебильность, старческое слабоумие.

Высокие средние цифры, найденные при алкоголизме и пеллагре, повидимому, следует поставить в связь с явлениями токсического характера и с функциональными растройствами пищеварительной системы. Алкоголизм способствовал увеличению веса органа также и в случаях. диагностированных как спутанность сознания. Кроме того, алкоголизм следует рассматривать при сифилисе как этиологический фактор во многих случаях прогрессивного паралича.

В случаях раннего слабоумия средний вес близок к норме. При старческом слабоумии небольшой средний вес обусловлен характетрными для старости атрофическими процессами.

RECHERCHES PONDÉRALES SUR LE PANCRÉAS CHEZ LES ALIÉNÉS

(RÉSUMÉ)

On étudie le pancréas dans 240 cas d'aliénation mentale.

Les poids moyens vont en diminuant dans l'ordre suivant: alcoolisme, confusion mentale, paralysie générale, débilité mentale, démence sénile.

Le poids plus élevé de la glande dans l'alcoolisme et la pellagre semble être en connexion avec les phénomènes d'ordre toxique et les troubles de l'appareil digestif. L'alcoolisme a contribué à l'augmentation du poids dans les cas diagnostiqués comme confusion mentale. Il se trouve également associé à la syphilis comme facteur étiologique de beaucoup de paralysies générales.

Dans la démence précoce, le poids moyen est proche des chiffres normaux. Dans la démence sénile, le poids réduit est en rapport avec les phénomènes d'atrophie caractéristiques de la vieillesse.

BIBLIOGRAFIE

1. C .I. Parhon, *Recherches pondérales sur le corps thyroïde chez les aliénés des différentes catégories.* XXII-e
Congrès des aliénistes et neurologistes, Tunis, 1—7 aug. 1912.

2. C. I. Parhon, M-lle Mateesco et Ţupa, *Nouvelles recherches sur le corp thyroïde chez les aliénés,* L'Encéphale, 1913, nr. 8,9 et 11.

3. C. I. Parhon et Gh. Zugravu, *Recherches pondérales sur les capsules surrénales chez les aliénés,* Arch. de neurologie.

4. Stern, *Über körpeliche Kennzeichen der Disposition zum Tabes,* Wiena. Deuticke, 1912.

5. Loewi, *Eine neue Funktion des Pancreas und ihre Beziehung zum Diabetes mellitus,* Wiener K. Woch., 20 iul. 1907, nr. 25 p. 782.

6. Markelow, *Über den Einflus der Blutdrüsen extrakte auf die ergographische kuwe. Zur Pathogenese der Myasthenie. Neurol.* Rev. f. Psych. und exp. Physiol in Zentralblatt für die gesamte innere Medizin, p. 125 şi 128.

7. C. I. Parhon et Goldstein, *Les sécrétions internes,* Paris, Maloine, 1909, p. 610.

8. C. I. Parhon, *Cercetări asupra glandelor cu secreţie internă în raportul lor cu patologia mintală,* Bucureşti, 1910.

9. C. I. Parhon şi A. Marie, *Note sur l'état des glandes à sécrétion interne dans quelques cas d'aliénation mentale,* Archives de neurologie, iunie 1912.

CERCETĂRI PONDERALE ASUPRA GLANDELOR GENITALE LA ALIENAŢI *

Într-o lucrare anterioară, unul din noi a studiat, din punct de vedere ponderal, glanda tiroidă la alienaţii de diferite categorii. A revenit apoi asupra aceleiaşi probleme într-un studiu făcut în colaborare cu Mateescu şi Ţupa.

Din aceste cercetări reiese că greutatea maximă a glandei tiroide se găseşte în psihozele afective (constatare interesantă care coroborează la teoria tiroidiană a cel puţin unora din psihozele afective).

Călăuziţi de aceeaşi părere, noi am studiat de asemenea în 2 lucrări anterioare pancreasul şi glandele suprarenale. Am ajuns la concluzia că greutatea medie maximă a pancreasului se găseşte în psihozele alcoolice, în timp ce aceea a suprarenalelor se găseşte în paralizia generală, apoi în epilepsie.

Primul fapt se explică probabil prin tulburările digestive pe care alcoolismul le-a provocat, iar al doilea poate fi atribuit rolului glandelor suprarenale în formarea terenului care predispune la paralizia generală. Această problemă a fost recent studiată de Stern.

Hipertrofia suprarenalelor în epilepsie ar putea fi privită ca o reacţie contra toxinelor de origine musculară, produse în timpul convulsiilor.

Se înţelege că aceste cercetări pot da rezultate interesante din punct de vedere al patogeniei unor psihoze, al studiului constituţiei alienaţilor.

Ne vom ocupa acum de studiul ponderal al glandelor genitale la alienaţi. Noi am studiat, din acest punct de vedere, testiculele în 144 de cazuri şi ovarele în 65 de cazuri, adică în total, 209 cazuri de alienaţie mintală. Am rezumat rezultatele în cele două tablouri alăturate.

---

* În colaborare cu Gh. Zugravu. Publicată în „Bulletins et mémoires des médecins et naturalistes de Jassy", 1915.

Tabloul nr. 1

Greutatea ambelor testicule	Paralizie generală	Demență precoce	Confuzie mintală	Alcoolism	Pelagră	Debilitate mintală	Imbecilitate	Idioție	Epilepsie	Demență post meningită	Total	Observații
85	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	
72	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	
70	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	
65	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	2	
60	3	—	—	2	—	—	—	—	1	—	6	
57	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	
55	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	
52	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	2	
50	20	—	—	2	2	—	—	—	1	—	25	
45	7	—	—	—	1	—	—	—	1	—	9	
43	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	
42	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	
41	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	
40	12	—	—	2	3	—	1	—	5	—	23	
38	1	1	1	—	1	—	—	—	—	—	4	
37	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	
36	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	
35	5	1	—	3	2	—	1	—	—	—	12	
34	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	
32	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	
30	11	4	1	1	1	—	1	1	2	—	22	
28	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	3	
26	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	
25	5	2	—	1	1	1	1	1	1	1	14	
24	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	
20	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2	
18	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	2	
8*)	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	
Media totală	79 cazuri 42,12 g	11 cazuri 29,54 g	3 cazuri 32 g	12 cazuri 49,91 g	13 cazuri 31,92 g	1 caz 25 g.	4 cazuri 32,50 g.	4 cazuri 19,33 g.	16 cazuri 39,94 g.	1 caz 25 g.	144 cazuri	

*) Cazul cu 8 gr se referă la un idiot monocriptorhidric suferind și de infantilism.

Tabloul nr. 2

Greutatea celor 2 ovare	Paralizie generală	Demență senilă	Demență precoce	Confuzie mintală	Pelagră	Alcoolism	Epilepsie	Insuficiență tiroidiană demență	Surdo-mutism și cretinism	Idioție	Total	Observații
40	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	
28	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	
22	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	
20	—	—	2	—	—	—	1	—	—	—	3	
19	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	
15	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	2	
14	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	2	
12	1	—	1	—	—	—	2	—	—	—	4	
10	3	2	1	1	3	—	6	1	—	1	18	
9	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	
8	2	—	—	—	—	—	—	—	1	—	3	
7	1	—	—	1	2	1	2	—	—	—	7	
6	1	—	1	—	1	—	1	—	—	—	4	
5	1	2	4	—	3	1	2	—	—	—	13	
4	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	4	
Media totală	10 cazuri 9,10 g	4 cazuri 7,50 g	12 cazuri 7,50 g	2 cazuri 7 g	14 cazuri 8,42 g	2 cazuri 6 g	18 cazuri 13 g	1 caz 1 g	1 caz 8 g	1 caz 10 g	65 cazuri	

Din aceste tablouri, reiese că greutatea medie a ambelor testicule care în stare normală este de 33—44 g se depărtează foarte sensibil de cifra găsită în unele psihoze. Această greutate a fost următoarea în ordine descrescîndă, ţinînd cont de diagnostic :

Alcoolism	44,91 g
Paralizie generală	42,12 g
Epilepsie	35,94 g
Imbecilitate	32,50 g
Confuzie mintală	32 g
Demenţă precoce	29,54 g
Idioţie	19,33 g

Găsim aeci o greutate normală în alcoolism, paralizie generală, epilepsie. În ceea ce priveşte celelalte psihoze, găsim valori sub media normală.

Este demn de reţinut că în afară de idioţie (unde media mică se explică în parte prin existenţa în unul din cele 3 cazuri menţionate a infantilismului) găsim cea mai mică medie în demenţa precoce, unde s-a incriminat o patogenie disendocriniană a glandelor genitale şi unde T o d d e, O b r e g i a, U r e c h i a şi eu însumi am observat alteraţii ale tubilor seminiferi.

În ceea ce priveşte ovarele, a căror greutate medie în stare normală este de 12—16 g, noi găsim următoarele medii descrescînde :

Epilepsie	13 g
Paralizie generală	9,10 g
Pelagră	8,42 g
Demenţă precoce	7,58 g
Demenţă senilă	7,50 g
Confuzie mintală	7 g
Alcoolism	6 g

Trebuie să constatăm aici o tendinţă încă mai semnificativă la reaucerea greutăţii organelor, căci numai în epilepsie am relevat cifre oscilînd în limitele normale.

În demenţa precoce, greutatea medie este sensibil redusă. Cu toate acestea, în alte psihoze noi găsim cifre încă mai scăzute.

Această reducere importantă a greutăţii medii a ovarelor concordă cu unele fapte bine cunoscute, mai ales cu marea frecvenţă a tulburărilor menstruale la alienate.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЕСА ПОЛОВЫХ ЖЕЛЕЗ У УМАЛИШЕННЫХ

(КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ)

Средний вес яичек колебался между 44,91 г (при алкоголизме) и 19,25 г (при идиотии). При прогрессивном параличе средний вес яичек равнялся 42,12 г, при эпилепсии 39,94 г, при имбецильности

32,50 г, при спутанности сознания 32,00 г, при пеллагре 31,92 г, при раннем слабоумии 29,54 г. Нормальный средний вес колеблется в пределах 33 — 44 г. Следовательно, при некоторых психозах средний вес ниже нормального. За исключением идиотии (3 случая, из которых один сочетался с инфантилизмом, при общем весе обоих яичек 8 г), наименьший средний вес отмечен при раннем слабоумии.

Для яичников найдены следующие величины среднего веса: при эпилипсии 13 г, при прогрессивном параличе 10 г, при пеллагре 8,12 г, при раннем слабоумии 7,58 г, при старческом слабоумии 7,50 г, при спутанности сознания 7 г, при алкоголизме 6 г. Нормальный средний вес колеблется в пределах 12—16 г. Следовательно, очень часто обнаруживалось уменьшение среднего веса, что согласуется с клиническими данными.

RECHERCHES PONDÉRALES SUR LES GLANDES GÉNITALES CHEZ LES ALIÉNÉS

(RÉSUMÉ)

Le poids moyen des testicules a varié entre 44,91 g dans l'alcoolisme et 19,25 g dans l'idiotie. Il a été de 42,12 g dans la paralysie générale, 39,94 g dans l'épilepsie, 32,50 g dans l'imbécillité, 32 g dans la confusion mentale, 31,92 g dans la pellagre, 29,54 g dans la démence précoce. Le poids moyen normal oscillerait donc entre 33 et 44 grammes. Dans certaines psychoses, donc, le poids moyen est par conséquent inférieur aux limites normales. A l'exception de l'idiotie—3 cas dont, l'un était associé à un infantilisme aux testicules de 8 g seulement — le poids le plus faible se trouve dans la démence précoce.

En ce qui concerne les ovaires, on a trouvé les poids moyens suivants : dans l'épilepsie, 13 g, la paralysie générale, 9,10 g, la pellagre, 8,12 g, la démence précoce, 7,58 g, la démence sénile, 7,50 g, la confusion mentale, 7 g, l'alcoolisme, 6 g. Le poids moyen normal varie de 12 à 16 g. On a donc observé souvent une diminution du poids moyen, ce qui concorde avec les données cliniques.

CERCETĂRI PONDERALE ASUPRA FICATULUI LA ALIENAŢI*

În comunicările anterioare ne-am ocupat de studiul variaţiilor în greutate a diferitelor glande (tiroida, pancreasul, suprarenalele, testiculul, ovarul etc.) la alienaţi. Am arătat atunci importanţa pe care aceste cercetări o pot avea, din anumite puncte de vedere, aşa că nu mai insistăm asupra acestei chestiuni.

Ne-am propus să arătăm rezultatele cercetărilor noastre asupra greutăţii ficatului în 238 de cazuri de alienaţie mintală.

Tabloul alăturat arată rezultatele la care am ajuns.

Studiul acestui tablou ne arată că greutăţile medii în psihozele examinate se succed în ordine descrescîndă, după cum urmează :

Confuzie mintală	media	= 1575 g
Alcoolism	„	= 1409 g
Epilepsie	„	= 1317 g
Demenţă precoce	„	= 1309 g
Paralizie generală	„	= 1272 g
Pelagră	„	= 1220 g
Imbecilitate	„	= 1020 g
Insuficienţă tiroidiană	„	= 960 g
Demenţă senilă	„	= 917 g
Idioţie	„	= 846 g

Dacă se ţine seamă de sex, s-a stabilit pentru bărbaţi, ordinea următoare :

Confuzie mintală	Media	= 1634 g
Alcoolism	„	= 1477 g

* În colaborare cu Gh. Zugravu. Publicată în „Bulletins et mémoires de la Société de neurologie, psychiatrie et psichologie de Jassy", 1921, nr. 1.

Epilepsie	Media	= 1347 g
Demență precoce	,,	= 1344 g
Paralizie generală	,,	= 1313 g
Imbecilitate	,,	= 1020 g
Idioție	,,	= 1000 g

Pentru femei am găsit ordinea următoare :

Confuzie mintală	Media	= 1496 g
Epilepsie	,,	= 1280 g
Demență precoce	,,	= 1270 g
Paralizie generală	,,	= 1140 g
Alcoolism	,,	= 1040 g
Demență senilă	,,	= 917 g
Idioție (într-un singur caz cu infantilism)	,,	= 540 g

Media ridicată găsită în confuzia mintală este fără îndoială în legătură cu mărirea în volum a ficatului în foarte multe cazuri, fapt cu siguranță patologic, și care indică rolul tulburărilor hepatice în unele forme ale acestei psihoze.

Același lucru se poate spune și despre alcoolism.

Cea mai mică cifră constatată a fost a unei idioate, atinsă de infantilism, și trebuie privită ca fiind în legătură cu întîrzierea în dezvoltare. Media mică (917 g) găsită în demența senilă, de asemenea merită a fi reținută. Ea arată importanța regresiunii hepatice în legătură cu bătrînețea. Această greutate diferă în mod apreciabil de cea pe care Testut o atribuie stării normale (1450—1500 g).

De altfel, la cea mai mare parte din alienați, greutatea hepatică se află sub această cifră, ceea ce poate să fie uneori din cauza hrănirii insuficiente, din cauza diverselor alterări, dar tot așa din cauza constituției hipoplastice, deseori întîlnită la acești bolnavi. Media totală în cazurile de alienație mintală studiate de noi a fost de 1233 g, deci o cifră inferioară mediei considerate ca normală.

Un alt fapt care decurge vizibil din observațiile noastre, este că, în general, greutatea absolută a ficatului este mai mare la bărbați decît la femei.

Testut spune în această privință că ficatul femeii este cu 60—80 g mai ușor decît al bărbatului.

Observațiile noastre sînt în armonie cu această afirmație, deoarece s-a găsit la femei o medie (1182 g), inferioară cu 79 g mediei găsită la bărbați (1261 g).

Făcînd abstracție de diagnostic, cel mai mare număr de cazuri s-a găsit cu o greutate hepatică între 900 și 1000 g la femei, și între 1300 și 1400 g la bărbați.

Ta

Greutatea ficatului	Paralizie generală		Epilepsie		Demență precoce		Demență senilă		Alcoolism		Pelagră	
	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.
500— 600 g	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
700— 800 g	—	—	—	—	—	—	—	3	—	1	—	—
800— 900 g	—	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—	2
900—1000 g	3	2	2	—	—	6	—	2	—	—	1	5
1000—1100 g	3	2	2	3	3	2	—	1	2	—	3	3
1100—1200 g	6	5	2	3	—	—	—	1	—	1	1	1
1200—1300 g	12	2	2	2	2	—	—	—	4	1	3	4
1300—1400 g	18	3	5	4	2	2	—	—	2	—	3	1
1400—1500 g	13	1	4	2	2	1	—	—	1	—	1	1
1500—1600 g	7	—	2	1	2	—	—	—	2	—	—	—
1600—1700 g	6	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	1
1700—1800 g	4	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	1
1800—1900 g	5	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—
1900—2000 g	2	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
2000—2100 g	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2100—2200 g	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2200—2300 g	—	—	—	—	—	1	—	—	2	—	—	1
2300—2400 g	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2400—2500 g	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2500—2600 g	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2600—2700 g	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2700—2800 g	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2800—2900 g	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Total cazuri	84	18	21	18	12	12		7	14	3	14	20
Media (în g)	1313	1140	1347	1280	1344	1270	—	917	1477	1040	1270	1188
Media generală (în g)	102 cazuri 1272		39 cazuri 1317		24 cazuri 1309				17 cazuri 1409		34 cazuri 1222	

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЕСА ПЕЧЕНИ У УМАЛИШЕННЫХ

(КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ)

При определении веса печени у 238 умалишенных авторы установили — в убывающем порядке и в зависимости от диагноза болезни — следующую последовательность: спутанность сознания, алкоголизм, эпилепсия, раннее слабоумие, прогрессивный паралич, пеллагра, имбецильность, недостаточность щитовидной железы, старческое слабоумие, идиотия.

Большие величины, найденные при спутанности сознания, обусловлены часто встречающейся при этом гепатомегалией и указывают на роль функциональных расстройств иечени при данном синдроме. То же можно сказать и об алкоголизме.

Следует отметить также пониженный вес печени при старческом слабоумии, что указывает на значение обратиого развития этого органа в связи с процессом увядания организма.

blou

Confuzie mentală		Imbecilitate		Idioție		Debilitate mintală		Insuficiență tiroidiană Demență		Total		Total general	Observațiuni
B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.		
—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	1	Cu infantilism
—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	3	4	7	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	7	7	
—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	7	16	23	
2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	15	12	27	
1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	11	11	22	
—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	24	9	33	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	30	10	40	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	21	5	26	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	13	1	14	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7	2	9	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	2	7	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7	—	7	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	3	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	3	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	4	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	
4	3	3	—	2	1	1	—	—	1	155	83	238	
1634	1496	1020		1000	540	1850			960	1261	1182	1233	
7 cazuri 1575				3 cazuri 846						238 cazuri 1233			

Общий средний вес печени, установленный авторами, был 1261 г у мужчин, и 1182 г у женщин. Независимо от диагноза, в большинстве случаев вес органа колебался в пределах 900 — 1000 г у женщин и 1300—1400 г у мужчин. Эти цифры ниже нормальных величин (1450—1500 г) вследствие недостаточности питания, гипопластической конституции умалишенных и различных поражений печени, появившихся в течение болезни.

RECHERCHES PONDÉRALES SUR LE FOIE CHEZ LES ALIÉNÉS

(RÉSUMÉ)

L'étude pondérale du foie de 238 aliénés a permis de trouver, en ordre décroissant et suivant le diagnostic, la succession suivante : confusion mentale, alcoolisme, épilepsie, démence précoce, paralysie générale, pellagre, imbecillité, insuffisance thyroïdienne, démence sénile, idiotie.

Les valeurs élevées trouvées dans la confusion mentale sont dues à la fréquence de l'hépatomégalie et indiquent le rôle des troubles des fonctions hépatiques dans ce syndrome. La même observation est valable pour l'alcoolisme.

Il faut également retenir le chiffre très bas du poids hépatique dans la démence sénile, indiquant l'importance de la regression de cet organe en rapport avec la vieillesse.

La moyenne générale a été de 1261 g chez les hommes et de 1182 g chez les femmes. En faisant abstraction du diagnostic, chez la plupart des malades le poids a oscillé entre 900 et 1000 g, chez la femme, et entre 1300 et 1400 g, chez l'homme. Ces chiffres sont inférieurs au poids normal de 1450—1500 g, ce qui s'explique par l'alimentation insuffisante, la constitution hypoplasique des aliénés ainsi que par les différentes altérations hépatiques subies au cours de leur maladie.

CERCETĂRI PONDERALE ASUPRA SPLINEI LA ALIENAŢI*

Într-o lucrare anterioară, unul din noi s-a ocupat cu studiul ponderal al glandei tiroide în diferite boli mintale. De asemenea, am studiat variaţiile greutăţii suprarenalelor, pancreasului şi glandelor genitale la alienaţi. Am arătat în aceste lucrări interesul ce-l pot prezenta astfel de cercetări cu privire la starea constituţională a diferitelor categorii de alienaţi, la influenţa pe care boala mintală o poate avea asupra unui anumit organ sau la rolul pe care alteraţiile unei glande îl pot avea în patogenia psihozelor. Nu vom insista din nou asupra acestor probleme, ocupîndu-ne aici numai de rezultatele ce am obţinut studiind variaţiile ponderale ale splinei la alienaţi.

Cercetările noastre, cuprinzînd un număr de 233 de cazuri, sînt rezumate în tabloul alăturat.

Din acest tablou reies următoarele date :

Greutatea medie a splinei la alienaţi, făcînd abstracţie de diagnostic şi de sex, este de 181,67 g.

Această cifră concordă destul de bine cu cifrele medii date de Testut după care greutatea mijlocie este de 180—200 g. După Tillaux, greutatea este de aproape 200 g. În general, media greutăţii splinei la alienaţi apare, pe cît se observă, mai aproape de limita inferioară decît de cea superioară.

O altă dată ce reiese în mod evident este că la femeie greutatea medie este mai mică. Într-adevăr, găsim numai *161,58* g faţă de *191,59* g media la bărbaţii alienaţi. Această inferioritate ponderală pe care Testut o notează de asemenea se menţine şi pentru fiecare psihoză în parte.

Greutatea mai frecventă întîlnită de noi la bărbat a fost de *180* g, iar la femeie de *150* g.

---

* În colaborare cu Gh. Zugravu. Publicată în „Spitalul", 1919, nr. 10—11.

În ce privește greutatea medie în diferite psihoze, găsim succesiunea următoare începînd cu cifrele cele mai mari :

Alcoolismul	253,88 g
Epilepsia	220,61 g
Pelagra	194,94 g
Demența precoce	175,20 g
Confuzia mintală	162,50 g
Paralizia generală	159,25 g
Demența senilă	106,42 g

Este de reținut din acest tablou scăderea greutății în demența senilă. Regăsim pentru splină tendința la atrofie, la lipsă de regenerare atît de caracteristică pentru distrofia generală ce poartă numele de bătrînețe.

Din acest punct de vedere amintim că Gray (citat după Testut) a găsit că greutatea relativă a splinei ar fi de 1/350 din greutatea corpului la nou-născut și la adult, că după 50 de ani se observă o scădere, iar în bătrînețea cea mai înaintată splina nu mai reprezintă decît 1/700 din greutatea corpului. Un alt fapt ce reiese din cercetările noastre este greutatea însemnată a organului în psihozele toxice grave, mai mult sau mai puțin cronice : alcoolismul, epilepsia, pelagra.

Demnă de remarcat este și greutatea destul de mică în paralizia generală.

Semnificația acestor fapte rămîne încă de studiat. Ne putem gîndi în psihozele toxice la alterații însemnate ale sîngelui. În paralizia generală, greutatea mică ar putea indica o slăbire constituțională sau cîștigată a funcțiilor de apărare ale organismului.

În sfîrșit, trebuie să mai observăm că dacă ținem seamă de sexe, paralelismul în ordinea descrescîndă a greutății nu se menține decît relativ, după cum se vede din cele ce urmează.

Diagnosticul	Greutatea medie după sexe		Diagnosticul
	Bărbat	Femeie	
Alcoolismul	285,71	192,94	Epilepsia
Epilepsia	242,00	185,36	Pelagra
Demența precoce	210,83	147,50	Paralizia generală
Pelagra	193,33	142,50	Alcoolismul
Confuzie mintală	173,75	140,00	Confuzia mintală
Paralizia generală	159,98	139,58	Demența precoce
		106,42	Demența senilă

Rămîne de căutat rațiunea acestei deosebiri. Ne mărginim să observăm că tipul trofic femenin diferă în mod apreciabil de cel masculin și că, din acest punct de vedere, deosebirile găsite de noi nu trebuie să ne surprindă prea mult.

Cercetările începute la noi ni se par că merită a fi continuate. Un studiu microscopic sistematic al splinei alienaților de asemenea ni se pare interesant de urmărit.

Tablou

Greutatea splinei	Paralizie generală		Pelagră		Epilepsie		Alcoolism		Confuzie mintală		Demența senilă		Demența precoce		Alte psihoz	
	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	
50	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
60	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—
65	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
70	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
72	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
75	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
78	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
80	5	1	1	2	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
90	1	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
100	8	1	1	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—
105	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
110	5	—	—	—	1	—	1	2	—	—	—	1	—	—	—	—
112	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
115	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
120	6	—	1	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—
122	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
125	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
130	2	1	—	1	1	2	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—
135	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
140	2	2	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
145	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
150	2	2	2	2	—	4	2	—	1	—	—	—	1	—	—	—
152	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
160	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—
165	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
170	2	—	3	1	—	—	1	—	1	—	—		1	—	—	—
175	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
180	7	—	1	1	1	1	1	—	1	—	—	1	1	2	—	—
185	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
190	3	—	1	2	2	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
195	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1
200	3	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	1	2	—	—
205	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
210	3	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
215	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
220	1	—	—	1	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
230	1	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
231	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
234	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
240	1	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
245	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
250	4	—	1	—	2	—	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—
260	5	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
265	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
269	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
270	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
290	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
300	5	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—
305	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
315	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
320	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
330	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
350	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
360	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
370	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
380	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
400	1	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
450	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
650	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
660	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1145	1	—	—	—	—	—	—									

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЕСА СЕЛЕЗЕНКИ У УМАЛИШЕННЫХ

(КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ)

Излагаются результаты определения веса селезенки у 233 умалишенных. Максимальный средний вес был найден при алкоголизме, затем в убывающем порядке следуют эпилепсия, пеллагра, раннее слабоумие, спутанность сознания, прогрессивный паралич и старческое слабоумие.

Заслуживает внимания значительный вес селезенки при алкоголизме, эпилепсии и пеллагре, т. е. при психозах токсического характера и более или менее хронического течения. Сравнительно небольшой вес селезенки при прогрессивном параличе указывает, вероятно, на конституциональное или приобретенное ослабление защитных функций. Небольшой вес органа при старческом слабоумии обусловлен старческой атрофией.

Если учитывать половые особенности, то можно отметить, что убывающий порядок не оказывается строго параллельным у обоих полов. Это зависит, может быть, от различий, существующих между женским и мужским трофическим типом.

RECHERCHES PONDÉRALES SUR LA RATE CHEZ LES ALIÉNÉS

(RÉSUMÉ)

On présente les conclusions de l'étude pondérale de la rate chez 233 aliénés. Le poids moyen le plus élevé a été trouvé dans l'alcoolisme, puis, en ordre décroissant, dans l'épilepsie, la pellagre, la démence précoce, la confusion mentale, la paralysie générale et la démence sénile.

Le poids important de la rate dans l'alcoolisme, l'épilepsie et la pellagre, psychoses à caractère toxique et plus ou moins chronique, mérite d'être retenu. Le poids relativement faible de la rate dans la paralysie générale pourrait indiquer une faiblesse constitutionnelle ou acquise des fonctions de défense. Le poids réduit dans la démence sénile se rattache à l'atrophie de la rate chez les vieillards.

Si l'on tient compte du sexe, l'ordre décroissant n'est pas parallèle dans les deux sexes. Cela peut tenir à la différence entre le type trophique féminin et masculin.

CERCETĂRI PONDERALE ASUPRA GLANDELOR SUPRARENALE LA ALIENAŢI*

Într-o notă anterioară, unul din noi a comunicat cercetările sale cu privire la greutatea tiroidei la un mare număr de alienaţi de diferite categorii. S-au găsit variaţii destul de importante după diagnosticele luate în considerare şi s-a stabilit mai cu seamă faptul — care nu pare lipsit de interes — că greutatea medie cea mai mare se găseşte în psihozele afective (manie, melancolie, psihoză maniaco-depresivă) în timp ce greutatea cea mai puţin ridicată este aceea din epilepsie.

Este drept că trebuie să recunoaştem cu Zalla că, criteriul greutăţii luat în mod izolat şi în afara unor variaţii considerabile nu ar putea avea decît o importanţă foarte relativă în evaluarea funcţională a organului.

Totuşi, atunci cînd studiem un număr important de cazuri, şi cînd găsim între diferite psihoze variaţii de mai multe grame între greutatea medie a diferitelor organe, faptul capătă un oarecare interes, mai cu seamă cînd rezultatele concordă cu unele stabilite pe altă cale.

Constatarea faptului că tiroida are o greutate medie maximă în psihozele afective, concordă de exemplu cu datele clinice privitoare la labilitatea emotivă din boala lui Basedow. Greutatea minimă a aceleiaşi glande, în epilepsie, poate fi pusă în legătură cu mai multe alte fapte privind relaţiile posibile între această glandă şi boala comiţială, asupra căreia unul din noi a insistat destul cu alt prilej. În sfîrşit, greutatea medie normală găsită pentru paralizia generală corespunde perfect cu aceea ce se ştie despre natura mai cu seamă exogenă (sifilitică) a boalei lui Bayle.

După părerea noastră, aceste consideraţii arată interesul de a se întreprinde cercetări sistematice asupra greutăţii celorlalte glande cu

---

* În colaborare cu Gh. Zugravu. Publicată în „Archives de neurologie", nov. 1913.

Tablou

Greutatea a două glande suprarenale	Paralizie generală			Demență precoce			Demență senilă			Confuzie mintală			Alcoolism			Pelagră			Debilitate mintală			Imbecilitate			Idioție			Epilepsie			Demență post meningitică			Total
	B.	F.	T.	B.	F.	T.	B.	F.	T.	B.	F.	T.	B.	F.	T.	B.	F.	T.	B.	F.	T.	B.	F.	T.	B.	F.	T.	B.	F.	T.	B.	F.	T.	
30 g	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	2
29 g	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
28 g	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
27 g	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
26 g	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1
25 g	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
24 g	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
23 g	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
22 g	2	—	2	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	4
21 g	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
20 g	20	2	22	3	1	4	1	—	1	—	—	—	2	—	2	2	2	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	2	5	1	—	1	39
19 g	1	—	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
18 g	5	—	5	1	—	1	—	1	1	1	—	1	—	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	2	—	—	—	12
17 g	5	—	5	1	1	2	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8
16 g	5	—	5	1	1	2	—	1	1	—	—	—	—	—	—	1	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	10
15 g	16	4	20	—	3	3	—	1	1	1	1	2	5	—	5	3	6	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	6	10	—	—	—	50
14 g	8	2	10	2	—	2	—	—	—	1	1	2	—	—	—	—	1	1	—	—	—	2	—	2	1	—	1	2	1	3	—	—	—	21
13 g	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		2
12 g	4	3	7	1	6	7	—	3	3	1	—	1	2	2	4	3	6	9	1	—	1	—	—	—	1	—	1	1	5	6	—	—	—	39
11 g	1	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3
10 g	7	—	7	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	1	—	1	2	—	2	2	2	4	—	—	—	16
9 g	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
8 g	1	—	1	—	—	—	—	1	1	1	—	1	—	—	—	—	1	1	—	1	1	—	—	—	1	—	1	—	1	1	—	—	—	7
7 g	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
6 g	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5 g	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	1
Total	81	12	93	11	13	24	1	8	9	5	2	7	11	2	13	11	20	31	1	1	2	4	—	4	6	—	6	16	18	34	1	—	1	224
Medie	16,49	14,58	16,30	17,45	13,84	15,50	20	13,75	14,44	13,4	14,50	13,71	16,20	11	14,30	15,72	12,80	13,83	12	8	10	12,22		12,22	9,83		9,83	17,75	13,88	15,70	20	—	20	

secreție internă în psihoze (de altfel și în alte boli), atari cercetări putînd să contribuie — împreună cu alte mijloace de investigație — să lumineze unele fapte observate în clinică, de exemplu să pună în lumină problema terenului pe care evoluează psihoza.

În prezenta lucrare, vom avea în vedere greutatea glandelor suprarenale în diferite psihoze.

Faptele găsite din acest punct de vedere în literatura medicală sînt destul de puțin numeroase. Putem cita în această privință cifrele pe care le dau A. Marie și Dide în *Traité international de psychologie pathologique* (1), precum și cele notate de H. Claude și Schmiergeld (2) în lucrările lor asupra glandelor endocrine la epileptici. Vom reveni ceva mai tîrziu asupra constatărilor acestor autori.

Rezumăm în tabloul alăturat cifrele găsite dintr-un total de 224 de cazuri examinate în ultimii ani.

Din acest tablou, desprindem unele fapte care par a prezenta oarecare interes.

Constatăm cu ușurință că greutatea medie a glandelor suprarenale nu este aceeași în diferite psihoze și că variațiile se pot orîndui în modul următor, pe medie descrescîndă :

Paralizie generală	16,30 g
Epilepsie	15,70 g
Demență precoce	15,50 g
Demență senilă	14,44 g
Alcoolism	14,30 g
Pelagră	13,83 g
Confuzie mintală	13,71 g
Imbecilitate	12,22 g
Debilitate mintală	10 g
Idioție	9,83 g

Facem abstracție de cazul de demență postmeningitică, deoarece un singur caz nu ne permite să stabilim o medie, chiar cu titlul provizoriu.

Trebuie de asemenea să spunem că cifrele joase, notate pentru idioție, se explică, cel puțin în parte, prin vîrsta bolnavilor, dat fiind că unul din cele 2 cazuri cu 10 g era un copil (11 ani), al doilea de asemenea nu avea decît circa 18 ani. Bolnavul cu glandele de 8 g avea numai 10 ani, iar cel cu 5 g, 16 sau 17 ani.

Epileptica cu glanda de 8 g era și ea atinsă de idioție și era în vîrstă de 10 ani. Dacă facem abstracție de acest caz, media la femeile epileptice se urcă la 14,23 g.

O altă constatare rezultînd din cercetările noastre este că în general glandele suprarenale sînt mai ușoare la femei decît la bărbați.

În sfîrșit, cazurile cele mai numeroase (50 din 224) sînt cele cu greutatea de 15 g, apoi se găsesc 39 cu 20 g, și tot atîtea cu 12 g, 21 cu 14 g, 16 cu 10 g etc.

După părerea lui Testut (3), o suprarenală cîntărește de obicei 6 sau 7 g.

Cifra noastră de 15 g, care corespunde celor mai numeroase cazuri, se apropie de aceea a lui Testut, deşi îi este superioară.

Oricum ar fi, rezultă din cercetările noastre că greutatea medie maximă se găseşte în paralizia generală, apoi în epilepsie şi în demenţa precoce. În pelagră, confuzie mintală, se găsesc cifre relativ mici (13,84; 13,71 g), care oscilează totuşi între acelea care după părerea lui Testut ar trebui considerate drept normale. În debilitatea mintală, ele sînt în orice caz inferioare.

Ne putem întreba de altfel dacă cifra de 12 g pentru cele două glande (dată de Testut) nu este oarecum inferioară aceleia a mediei cazurilor.

În orice caz, cifrele găsite pentru paralizia generală, epilepsie şi demenţa precoce ne par superioare mediei normale.

În literatura medicală, date asupra problemei care ne interesează, se află după cum am spus, în rapoartele prezentate de Claude şi Schmiergeld şi de Marie şi Dide. Primii, în studiile lor despre glandele cu secreţie internă în epilepsie dau greutatea suprarenalelor la zece femei epileptice. Această greutate a fost de 27, 24 (două cazuri), 22, 21, 19, 16, 14 şi 12 g. Media este de 20 g, cifră evident deasupra cifrei normale.

A. Marie şi Dide dau de asemenea greutatea glandelor suprarenale în mai multe cazuri de alienaţie mintală, anume la 3 bărbaţi paralitici; ei găsesc 25,20 şi 18 g. Media = 21 g este de asemenea superioară celei normale. În două cazuri de leziune cerebrală în focar, aceiaşi autori găsesc greutatea de 17 şi 28 g (media : 22,5 g). Ambele cazuri erau la bărbaţi. La un bărbat suferind de demenţă precoce, ei găsesc greutatea de 20 g. La 3 femei, cu acelaşi diagnostic, notează 20, 16 şi 10 g. Media acestor 6 cazuri este de 16,5 g. În 5 cazuri de „psihoză de involuţie" (melancolie?), aceşti autori găsesc cifrele de 22 g (la un bărbat) şi de 18 ,17, 15 şi 11 g la femei. Media acestor 5 cazuri este de 16,4 g.

În două cazuri de „psihoză maniaco-depresivă", aceşti autori găsesc cifrele de 23 şi 8 g. Ultimul bolnav murise de o sincopă cardiacă.

Aceste fapte concordă în stabilirea unor cifre ridicate în paralizia generală şi epilepsie.

Cum se pot explica aceste constatări?

Trebuie să ne întrebăm dacă convulsiile repetate nu dau naştere la o reacţie de apărare a suprarenalelor, aceste organe fiind destinate, după părerea unor autori, să distrugă substanţele toxice care rezultă din activitatea musculară. Va trebui să se cerceteze în viitor, dacă hipertrofia suprarenalelor este mai puternică la epilepticii cu convulsii frecvente decît la cei care au convulsii mai rare.

În paralizia generală ar putea să intervină cauze numeroase, printre care convulsiile, frecvente şi la aceşti bolnavi. Din acest punct de vedere, ar fi de asemenea interesant de ştiut dacă paraliticii cu ictus epileptiform prezintă mai des decît ceilalţi o hipertrofie a suprarenalelor.

Un element toxic ar putea de asemenea să intervină în demenţa precoce, unde — cel puţin în unele cazuri — există de asemenea o hipertrofie relativă a suprarenalelor. La fel ne putem întreba şi aici dacă acest element nu ar putea recunoaşte, cel puţin în parte, o origine musculară explicabilă prin atitudinile catatonice ale acestor bolnavi.

Este interesant să se confrunte media greutății glandelor suprarenale în epilepsie — care, conform cercetărilor noastre, ocupă locul al doilea — cu aceea a glandei tiroide, care în aceeași boală ocupă locul ultim.

Psihoza maniaco-depresivă în care greutatea medie este maximă (ca în psihozele afective în general) cînd este vorba de corpul tiroid, nu prezintă — după faptele raportate de A. Marie și Dide — decît o greutate medie puțin ridicată (12,50 g) cînd este vorba de suprarenale.

Să nu uităm de asemenea mediile mai mult sau mai puțin joase ale pelagrei, confuziei mintale, a psihozelor de epuizare. Din acest punct de vedere, voi aminti că într-o lucrare anterioară (4), am notat că în pelagră suprarenalele au adesea aparența glandelor în hipofuncție și că Garbini (5) a făcut aceeași constatare. Acest autor crede chiar că ar fi cazul să se prescrie opoterapia suprarenală în psihozele convulsive adinamice, observație care apriori ni se pare foarte justă.

În paralizia generală, Laignel-Lavastine (6) a notat, pe lîngă vasodilatare, o mare abundență de spongiocite în suprarenale. Am notat eu însumi acest aspect în mai multe cazuri. Zalplachta[1]) a fost și el izbit de frecventa creștere de volum a glandelor suprarenale în paralizia generală. Dar se găsesc și glande în care lipoizii corticalei sînt în scădere.

Trebuie de asemenea să menționăm aici părerea lui Stern (7), după care musculatura puternică și dezvoltarea abundentă a sistemului pilos al paraliticilor sugerează existența unei stări de hiperfuncție a suprarenalelor la acești bolnavi. El consideră că hiperfuncția suprarenalelor și a hipofizei, hipofuncția glandelor genitale, a paratiroidelor și a tiroidei (sau instabilitatea tiroidiană) intervin împreună pentru a realiza predispoziția la paralizia generală. Aceasta din urmă se observă mai ales, după părerea acestui autor, la persoanele cu musculatură puternică, sau cu mult țesut adipos și cu sistemul pilos abundent dezvoltat.

Coexistența unei bogate dezvoltări a sistemului pilos, cu o mare abundență de țesut adipos, se găsește realizată în sindromul descris de Apert sub numele de hirsutism și care este un sindrom suprarenal. Unul din noi a văzut un nodul adenomatos într-o suprarenală a unui paralitic obez și poate ar fi cazul să se cerceteze care este partea elementului suprarenal în patogenia obezității paraliticilor generali pe care unul din noi a studiat-o de curînd cu Obregia și Urechia (8).

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЕСА НАДПОЧЕЧНИКОВ У УМАЛИШЕННЫХ

(КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ)

Авторы определяли вес надпочечников, полученных в результате многочисленных вскрытий, произведенных в госпитале «Мэркуца».

Изменения среднего веса надпочечников при различных психозах позволяют судить либо о той соматической конституции, на фоне ко-

[1]) Comunicare orală.

торой развиваются эти психозы, либо о различных патологических процессах, связанных с тем или иным психозом.

Сообщаются результаты определения веса надпочечников у 224 умалишенных.

В убывающем порядке средний вес этих желез распределяется следующим образом: прогрессивный паралич, эпилепсия, раннее слабоумие, старческое слабоумие, алкоголизм, пеллагра, спутанность сознания, имбецильность, психическая дебильность.

У мужчин вес надпочечников больше, чем у женщин.

Значительный вес надпочечников у эпплептиков, повидимому, находится в связи с реакцией на токсические вещества, образующиеся в результате мышечной деятельности во время судорог.

При прогрессивном параличе, вероятно, действует аналогичный фактор. То же самое можно сказать и о больных ранним слабоумием (при наличии кататонических поз).

Отмечается сравнительно малый вес надпочечников при пеллагре и спутанности сознания.

При прогрессивном параличе, очевидно, имеет место гиперфункция надпочечников, предрасполагающая к этому заболеванию.

RECHERCHES PONDÉRALES SUR LES GLANDES SURRÉNALES CHEZ LES ALIÉNÉS

(RÉSUMÉ)

Les auteurs étudient le poids des glandes endocrines sur de nombreuses nécropsies effectuées à l'hôpital Mărcuța.

Les variations du poids moyen, dans les différentes psychoses, peuvent fournir des indications, soit en ce qui concerne la constitution somatique sur laquelle les psychoses évoluent, soit sur certains processus pathologiques, en rapport avec une certaine psychose.

On présente les résultats des recherches pondérales sur les surrénales, dans 224 cas d'aliénation mentale.

Les poids moyens se rangent, en ordre décroissant, de la manière suivante : paralysie générale, épilepsie, démence précoce, démence sénile, alcoolisme, pellagre, confusion mentale, imbécilité, débilité mentale.

Chez l'homme, les capsules surrénales sont plus lourdes que chez la femme.

Les chiffres élevés du poids des surrénales chez les épileptiques pourraient être considérés comme une réaction contre les toxiques, qui résultent de l'activité musculaire qui se déploie pendant les convulsions.

Ce même facteur toxique pourrait intervenir chez les paralytiques généraux, ainsi que chez certains déments précoces (accusant des attitudes catatoniques).

On mentionne le poids relativement réduit dans la pellagre et la confusion mentale.

Dans la paralysie générale, il existerait une hyperfonction des surrénales qui prédisposerait à cette affection.

BIBLIOGRAFIE

1. A. Marie et Dide, *Traité international de psychologie pathologique*, vol. 1, 1910, p. 420.
2. H. Claude et Schmiergeld, *Étude de dix-sept cas d'épilepsie au point de vue de l'état des glandes à sécrétion interne în Comptes rendus du Congrès des médecins et neurologistes de France*, etc., Dijon, aug. 1908, p. 124—138.
3. Testut, *Traité d'anatomie humaine*, t. III, Paris, p. 851, 1894.
4. C. Parhon, *Cercetări asupra glandelor cu secreție internă în raportul lor cu patologia mintală*, București, 1910.
5. Garbini, *Le ghiandole a secrezione interna nelle malattie mentali*, Maniconia provinciale dell'Umbria, Perugia, 1910.
6. Laignel-Lavastine, *Des troubles psychiques par perturbations des glandes à sécrétion interne*, în *Rapport présenté au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France, etc.*, Dijon, aug. 1908.
7. Stern, *Über Körperliche Kennzeichen der Disposition zum Tabes*, Leipzig — Viena, 1912.
8. Obregia, Parhon et Urechia, *Contribution à l'étude de l'obésité des paralytiques généraux*, Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, 1912, nr. 6.

CERCETĂRI PONDERALE ASUPRA RINICHILOR LA ALIENAŢII DE DIFERITE CATEGORII*

Această notă este cea din urmă dintr-o serie de cercetări pe care le-am făcut asupra greutăţii glandelor la alienaţi.

Am arătat în comunicările anterioare interesul pe care poate să-l prezinte aceste cercetări.

Trecem deci direct la faptele pe care le-am constatat în ceea ce priveşte greutatea celor doi rinichi, la diferite categorii de alienaţi.

Tabloul de la pag. 336 — 337 arată, în rezumat, constatările noastre.

Studiul acestui tablou arată că mediile de greutate se succed în felul următor, în ordine descrescîndă :

Paralizie generală media din	95	cazuri	= 273 g
Confuzie mintală	7	,,	= 263 g
Cretinism şi surdo-mutism	1	,,	= 260 g
Epilepsie	38	,,	= 255 g
Alcoolism	17	,,	= 247 g
Demenţă precoce	25	,,	= 244 g
Insuficienţă tiroidiană	1	,,	= 240 g
Pelagră	34	,,	= 230 g
Idioţie	2	,,	= 230 g
Demenţă senilă	6	,,	= 228 g
Imbecilitate	3	,,	= 193 g

* În colaborare cu Gh. Zugravu. Publicată în ,,Bulletins et mémoires de la Société de neurologie, psychiatrie et psychologie de Jassy'', 1921, nr. 1.

Ta

Greutatea celor doi rinichi	Paralizie generală		Epilepsie		Demență precoce		Demență senilă		Alcoolism		Pelagră	
	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.
130—140 g	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1
140—150 g	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
150—160 g	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
160—170 g	1	—	—	—	—	1		—	—	1	—	3
170—180 g	2	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1
180—190 g	—	—	1	1	1	1	—	—	—	1	1	2
190—200 g	—	—	—	2	1	2	—	—	1	—	—	—
200—210 g	—	—	—	2	—	—	—	—	1	—	1	1
210—220 g	3	2	—	2	—	1	—	1	1	—	1	—
220—230 g	—	2	1	1	—	2	—	—	3	—	1	2
230—240 g	3	3	4	1	—	—	—	—	—	—	2	2
240—250 g	8	—	2	2	1	2	—	—	1	—	—	2
250—260 g	6	1	1	—	1	1	—	1	2	1	3	—
260—270 g	5	2	3	3	2	1	—	—	1	—	4	—
270—280 g	7	1	1	1	—	1	—	—	1	—	—	—
280—290 g	9	—	1	1	4	—	—	1	1	—	—	1
290—300 g	10	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—
300—310 g	6	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
310—320 g	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
320—330 g	6	—	2	1	—	1	—	1	—	—	1	—
330—340 g	2	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1
340—350 g	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
350—360 g	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
360—370 g	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1
370—380 g	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
380—390 g	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
390—400 g	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
400—410 g	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
410—420 g	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
420—430 g	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
430 440 g	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
440—450 g	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
450—460 g	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Total medie	79 281	16 230	21 273	17 234	11 259	14 232		6 228	14 257	3 198	14 242	20 222
Medie totală	95 cazuri 273 g		38 cazuri 255 g.		25 cazuri 244 g				17 cazuri 247 g		34 cazuri 230 g	

Dacă se ține seama de sex ordinea este următoarea :

Bărbați Diagnostic		*Media din*	*Femei* Diagnostic		*Media din*
Confuzie mintală	4 cazuri	= 297 g	Cretinism și surdo-mutism	1 caz	= 260 g
Paralizie generală	79 ,,	= 281 g	Demență și insuficiență tiroidiană	1 ,,	= 240 g
Epilepsie	21 ,,	= 273 g	Epilepsie	17 cazuri	= 234 g
Demență precoce	11 ,,	= 259 g	Demență precoce . . .	14 ,,	= 232 g
Alcoolism	14 ,,	= 257 g	Paralizie generală . . .	16 ,,	= 230 g
Pelagră	14 ,,	= 242 g	Demență senilă	6 ,,	= 228 g
Idioție	2 ,,	= 230 g	Pelagră	20 ,,	= 222 g
Imbecilitate	3 ,,	= 193 g	Confuzie mintală . . .	3 ,,	= 216 g

blou

Confuzie mintală		Imbecilitate		Idioție		Creti-nism. Surdo-mutism		Insuficiență tiroidiană. Demență		Total		Total general	Observații
B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.		
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	3	4	
—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	2	5	7	
—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	3	3	6	
—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	3	6	9	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	4	6	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	3	5	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	6	11	
1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	7	7	14	
—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	9	7	16	
—	1	1	—	1	—	—	—	—	1	14	8	22	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	13	4	17	
—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	15	7	22	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9	3	12	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	15	3	18	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	11	1	12	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7	—	7	
2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	5	
1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	10	3	13	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	1	4	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	3	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	1	5	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	3	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	
4	3	3		2			1		1	148	80	228	
297	216	193		230			260		240	270	228	247	
7 cazuri 263 g										228 cazuri 247 g			

În general, mediile cele mai ridicate (mai apropiate de normal) se găsesc în paralizia generală şi în confuzia mintală, ceea ce pare să se explice prin faptul că, fiind vorba de psihoze cu etiologie în mare parte exogenă, constituţia acestor indivizi se apropie mai mult de normal.

Adăugăm că şi congestia vasoparalitică măreşte întrucîtva greutatea.

Stările de înapoiere fizică şi psihică, precum şi demenţa senilă (primele cu oprirea în dezvoltare, ultimele cu involuţia organică generalizată), sînt reprezentate prin mediile cele mai scăzute. Pentru moment nu insistăm asupra semnificaţiei pe care pot să o aibă în funcţie de sex, abaterile de la mediile de greutate normală, în diferitele psihoze.

Reţinem totuşi faptul că, după P o u t e y r o n, greutatea medie a unui rinichi este de 140 g la bărbat şi 125 g la femeie şi că observaţiile noastre confirmă faptul că media greutăţii rinichiului este mai mică la femeie.

Greutatea medie generală pentru cele două sexe s-a găsit a fi sub cea dată de autorul mai sus citat (247 g media generală, 270 g pentru bărbaţi, 228 g pentru femei).

Ajunşi la sfîrşitul cercetărilor asupra materialului pe care l-am avut la dispoziţie, vom da în rezumat în tabloul care urmează greutăţile medii pe care le-am găsit în diferite psihoze la organele studiate. La aceste greutăţi medii, vom sublinia, maximele şi minimele în diferite psihoze.

Diagnostic	Greutatea medie a organelor							
	Tiroidă	Supra-renală	Pancreas	Testicul	Ovar	Ficat	Splină	Rinich
Psihoze afective	*30,83*	—	—	—	—	—	—	265
Delir cronic	27	—	—	—	—	—	—	—
Demenţă precoce	22,89	15,50	69	29,54	7,58	1 309	175,20	244
Confuzie mintală	19,47	13,71	78,62	32	7	*1 575*	162,50	263
Epilepsie	*16,77*	15,70	65	39,94	—	1 317	220,65	255
Alcoolism	21,04	14,30	*79,37*	*44,91*	*6*	1 477	*255,88*	247
Pelagră	27,25	13,83	69,60	31,92	8,42	1 222	194,94	230
Paralizie generală	20,44	*16,30*	78,34	42,12	*9,10*	1 272	159,25	*275*
Idioţie	19,25	*9,83*	—	*19,35*	—	*846*	—	230
Imbecilitate	21,23	12,22	65	32,50	7,50	1 020	—	*193*
Demenţă senilă	20,23	14,44	*55,43*			917	*106,42*	195
Debilitate mintală	—	—	65	—	—	850	—	

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЕСА ПОЧЕК У УМАЛИШЕННЫХ РАЗЛИЧНЫХ КАТЕГОРИЙ

(КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ)

Авторы определяли вес почек у 227 умалишенных. Средний вес колебался в пределах 273 — 110 г, в следующем убывающем порядке: прогрессивный паралич, спутанность сознания, кретинизм, глухонемота, эпилепсия, алкоголизм, раннее слабоумие, слабоумие с недостаточностью щитовидной железы, пеллагра, идиотия, меланхолия (с ихтиозом), старческое слабоумие, имбецильность, психическая дебильность, инфантилизм с идиотией.

Максимальный вес, отмеченный при прогрессивном параличе и алкоголизме, можно объяснить более близкой к нормальному состоянию конституцией больных, страдающих экзогенными психозами, а также вазопаралитической гиперемией. Небольшой вес, найденный при старческом слабоумии и олигофрении, обусловлен обратным развитием у лиц пожилого возраста и соответственно — соматическим и висцеральным недоразвитием у подростков.

RECHERCHES PONDÉRALES SUR LES REINS CHEZ LES ALIÉNÉS DE DIFFÉRENTES CATÉGORIES

(RÉSUMÉ)

Les auteurs étudient le poids des reins dans 227 cas d'aliénation mentale. Le poids moyen a oscillé entre 273 et 110 g dans l'ordre décroissant suivant : paralysie générale, confusion mentale, crétinisme, surdi-mutité, épilepsie, alcoolisme, démence précoce, démence avec insuffisance thyroïdienne, pellagre, idiotie, mélancolie (avec ichtiose), démence sénile, imbécilité, débilité mentale et infantilisme avec idiotie.

Les valeurs pondérales élevées dans la paralysie générale et dans l'alcoolisme pourraient être expliquées par une constitution plus proche de la normale chez les malades souffrant de psychoses exogènes, mais aussi par la congestion vasoparalytique. Le poids réduit des reins dans la démence sénile et l'oligophrénie est lié à l'involution ou respectivement aux troubles de développement somatique et viscéral.

III. CAZUISTICA PSIHIATRICĂ

ASUPRA CÎTORVA CAZURI DE MONGOLISM*

J. Langdon Down[1]) a descris pentru prima oară o formă specială de idioție congenitală, caracterizată printr-o lipsă variabilă de dezvoltare fizică și intelectuală, însoțită de unele caractere somatice, interesînd mai ales craniul și fața. Acestei afecțiuni i s-a dat numele de idioție mongoloidă prin faptul că în general fizionomia bolnavilor respectivi, amintește foarte mult înfățișarea mongolilor, cu ochii mici, cu deschizătura palpebrală strîmtă și oblică înăuntru și în jos. Denumită în general *idioție mongoliană sau mongolism*, afecțiunea aceasta este clasată de unii autori printre formele de idioție, iar de alții printre cele de imbecilitate, ceea ce se explică prin marea diversitate a cazurilor observate, cuprinzînd toate gradele de idioție și de imbecilitate, precum și cazuri în care nu se găsesc decît tulburări psihice mai puțin importante, ca la unul din bolnavii observați de noi.

Ignorată mult timp, afecțiunea este mai răspîndită decît se crede, căci există peste tot. În Anglia, a fost întîlnită și studiată de L. Down, Ireland, J. Muir, Stuttleworth, Sutherland etc.; în Franța, de Bourneville, Comby etc.; în Belgia, de Ley, Decroly; în Germania de Neumann; în Austria mai ales de Kassowitz; în Italia, de Lombroso, Alberti, Tedeschi, de Sanctis etc.; în Rusia, de Kowalewsky; în Africa și Australia de Muir; în țară la noi a fost descris un caz de Noica și, pentru că este vorba de noi, putem adăuga că a fost întîlnit la Bicêtre un bolnav evreu originar din Romînia și un altul, al lui Muir, tot romîn.

Proporția mongolienilor față de ceilalți idioți variază. Muir găsește în Anglia cam 6 — 10 %; Desgeorges, în serviciile lui Bourneville, găsește 2 mongolieni din 450 de idioți, dar proporția lor era mai

---

* În colaborare cu Gr. Odobescu. Publicată în „Revista științelor medicale", 1913, nr. 11.

[1]) *Observations of a Etnic Classification of Idiots*, 1866.

ridicată în alte epoci; la Kazan erau în proporție de 10 % dintre toți idioții și 20 % dintre copii idioți.

În serviciul al II-lea din ospiciul „Mărcuța" sînt actualmente 60 de idioți și imbecili (34 de idioți și 26 de imbecili), dintre care 2 cu idioție mongoliană. Sexul feminin pare mai predispus acestei afecțiuni, dar faptul nu este admis de toți autorii (C o m b y între alții). Dintre bolnavii noștri idioți (34 de idioți : 16 bărbați și 18 femei și 26 imbecili : 9 bărbați și 17 femei), cei 2 cu idioție mongoliană sînt de sex feminin.

Stigmatele fizice (faciesul mai ales) ce caracterizează afecțiunea dovedesc că ea este congenitală. Cît despre cauzele determinante, ele trebuie probabil căutate la părinți, deși în marea majoritate a cazurilor nu se găsește nimic în această privință.

Ereditatea patologică de toate felurile, și în special nevropatică și chiar cea sifilitică, traumatismele, emoțiile suferite de mamă în timpul sarcinii, vîrsta înaintată sau epuizarea generatorilor (uneori mongolienii sînt ultimii născuți ai unei numeroase familii), consanguinitatea sau diferențele însemnate de vîrstă între părinți, hipotiroidia, sînt unele din cauzele cele mai mult presupuse a fi provocat apariția afecțiunii ce ne preocupă.

D e s g e o r g e s mai găsește probabilă ebrietatea tatălui în momentul concepțiunii la 2 bolnavi, nașterea prematură (la 8 luni și la 7 $^{1}/_{2}$ luni) la alți 2, cianoza sau starea de moarte aparentă la naștere la 8 bolnavi, dintre cei 18 studiați de el din acest punct de vedere.

Nu s-a găsit încă factorul sau factorii *constanți* din dezechilibrul funcțional dela care să se poată spune că provin toate sau numai unele caractere speciale ale acestei anomalii; deși ea se prezintă bine definită, cu un complex simptomatic aproape constant, ca un tip nosologic bine diferențiat, ceea ce ne face să admitem că *aceleași cauze* — necunoscute încă — sau cel puțin același mecanism, *trebuie să lucreze în toate cazurile* pentru stabilirea cadrului morbid. S é r i s se întreabă dacă nu este admisibilă acțiunea asupra embriogenezei a unei alterații nutritive a mamei (funcționarea insuficientă sau pervertită a glandei tiroide, survenită accidental în timpul sarcinei, provocată sau agravată de aceasta). H e l l m a n n atribuie mongolismul perturbării vreunui organ cu secreție internă în ultima perioadă a vieții fetale, iar K a s s o w i t z , influenței vreunui organ endocrin care ar perturba funcția tiroidiană normală. Sindroamele pluriglandulare mult studiate mai ales în urma lucrărilor lui C l a u d e și G o u g e r o t, ar putea, deși lucrul nu se poate afirma încă, deschide orizonturi noi în ce privește patogenia mongolismului.

La mulți mongoloizi există semne mai mult sau mai puțin accentuate de mixedem, semne care apar de timpuriu și tind a dispare cu timpul, chiar fără tratament tiroidian, pe cînd mongolismul rămîne nemodificat. Aceasta face pe D e S a n c t i s să admită în patogenia mongolismului încă un factor extratiroidian, dar nu extraglandular.

Însă mongolienii, uneori la naștere, nu prezintă mai nimic anormal — deși afecțiunea este în genere considerată congenitală — și numai după cîtăva vreme apar caracterele speciale afecțiunii. Așa, la un bolnav a lui D e S a n c t i s, au apărut abia la un an după un tifos grav. M o r r e t t i presupune că un bolnav al său, care la un an a fost greu bolnav prezen-

tînd febră și convulsii, avusese probabil o meningită cerebro-spinală epidemică sau poliomielită acută infecțioasă, care ar fi lăsat ca sechele unele din leziunile organice ce le găsește la mongoloidul în chestiune (mai ales că o soră geamănă a bolnavului, prezentînd în același timp aceleași fenomene, a sucombat în urma lor) — aceasta cu atît mai mult cu cît mama pacientului nu ar fi remarcat la el înainte de această boală simptome de mongolism. Deși nu se poate atribui cu siguranță acestor afecțiuni mongolismul, totuși nu se poate să nu se ia în seamă fapte de acest fel, mai ales față de nesiguranța care domnește în privința patogeniei lui.

Caracterele acestei afecțiuni sînt, după cum am spus de la început, oprirea dezvoltării inteligenței și unele semne somatice, mai ales fizionomia specială a acestor bolnavi, ce există chiar de la naștere la unii, iar la alții devin evidente mai tîrziu.

Vom începe studiul semnelor somatice cu particularitățile pe care le prezintă *fața*. Ceea ce frapează la prima vedere este „faciesul mongolian". La constituirea lui, *ochii* iau o parte foarte însemnată. Ei se caracterizează prin formațiunea epicantului (frecvent la mongoloizi), prin oblicitatea în jos și înăuntru a deschizăturii palpebrale, strîmte și în formă de migdală; mai putem nota că ochii sînt foarte adesea atinși de conjunctivită cronică, care poate cuprinde și corneea (pete pe cornee, Desgeorges), dar limitîndu-se de obicei la pleoape și dînd blefarita ciliară însoțită de ectropion în cazurile mai vechi, blefarită ce apare adesea în primele luni ale vieții și care uneori este extrem de rebelă. După Rankine și Ormond, în trei sferturi din cazuri, cel puțin, există alterații ale cristalinului (cataracte) sau ale pleoapelor. Muir a întîlnit și nistagmus și strabism bilateral și convergent, la mongoloizi, iar Desgeorges mai semnalează inegalitatea, dilatația pupilară și slaba reacție a pupilelor la lumină. Strabismul după unii autori este foarte precoce și are tendința să dispară cu timpul (Sütherland etc.), însă după alții, cum este Muir, ar fi persistent.

Nasul este turtit, lat și în formă de șa și prin lărgimea rădăcinii lui, ochii par mai depărtați decît în realitate. Orificiile nazale sînt îndreptate în sus, sau desfăcute și fosele nazale sînt deseori sediul unei rinite cronice. Maxilarul inferior masiv este deseori în prognatism. Gura adesea mică. Fruntea simetrică, încrețită, de obicei bine conformată, în treimea inferioară mai înfundată, contribuind la depresiunea intersprîncenoasă; uneori se descoperă la palpație o dungă: sutura metopică. Arcadele zigomatice formează o boltă lată în contrast cu tîmplele înguste. Urechile sînt de obicei mici, foarte depărtate de craniu, adesea neegale; partea superioară a pavilionului este uneori îndoită, aproape orizontală, formînd cu partea inferioară un unghi aproape drept; marginea superioară a helixului îndoită, tragusul mic, lobulul cu totul absent sau subțire și aderent; tuberculul lui Darwin lipsește adesea.

Perii capului n-au nimic particular, căci pot fi sau moi și fini sau tari și aspri, rari sau deși, de culoare variabilă.

Craniul este net brahicefal. Circumferință occipito-frontală aproape totdeauna redusă, diametrul antero-posterior este scurtat (Muir) și

aproape egal cu cel transversal (B o u r n e v i l l e), fontanelele rămase deschise multă vreme, pînă la 4 ani (M u i r) și D e s g e o r g e s le-a găsit deschise la 6 și la 11 ani la 2 bolnavi care însă prezentau o ușoară hidrocefalie. Reunirea suturilor lambdoidă, coronară și sagitală totdeauna întîrziată (M u i r), la fel cea metopică (B o u r n e v i l l e). G a t t i a notat la un nanocefal mongoloid, hidro-cimbocefalie „crâne en mitre" și profilul pentagonal al capului cu diametrul mare vertical și cu diametrul antero-posterior foarte redus. Craniul este mic, cu baza strîmtată în sens antero-posterior. Bolta fiind rotunjită și diametrul antero-posterior scurtat, fața pare lățită, iar craniul și fața par adîncite ca și cum ar fi fost împinse înăuntru sau ca și cum baza nu s-ar fi dezvoltat în același grad cu celelalte părți ale craniului (S u t h e r l a n d). Oasele feței au tendința de a șterge, de a nivela cavitățile și ridicăturile, ceea ce face ca fața să fie în întregul ei plată sau chiar deprimată. Oasele nasului și arcadele zigomatice sînt lățite, turtite și înfundate, iar orbitele puțin profunde și din cauza aceasta ochii sînt ieșiți ca la broască, proeminenți printre deschizăturile palpebrale strîmte. Totul pare să se reducă la oprirea în dezvoltare pe linia mediană, de unde rezultă depresiunea feței, mai ales la baza nasului, strîmtarea rinofaringelui și proiecțiunea vomerului înapoi, îngreunînd respirația nazală, strîmtarea cavității bucale cu bolta palatină ogivală sau deformată (S i e g e r t); oprirea dezvoltării orbitelor în partea internă are drept urmare oblicitatea lor etc.

Particularitățile pe care le prezintă gura și limba merită să ne oprească puțin atenția. Gura este întredeschisă, cu buza inferioară groasă, uneori fisurată. În cîteva cazuri s-a notat și lagostoma. Profunzimea exagerată a bolții palatine este frecventă la idioți și mai ales la microcefali și mongolieni, aceștia din urmă prezentînd mai mult bolta ogivală (R o b e r t J o n e s). După R. J o n e s, nu se poate spune dacă acest caracter este ereditar, dar nu este exclus ca atît adîncirea bolții palatine cît și reaua conformație a maxilarului și implîntarea neregulată a dinților să fie determinată în timpul dezvoltării. La mongoloizi există prognatism în grad variabil, dinții inferiori (mai ales incisivii) fiind mai proeminenți. Gura în „V" are bolta ogivală și profundă, dinții dispuși destul de simetric pe două linii convergente înainte, părînd mai apropiați la nivelul premolarilor superiori, ca și cum falca superioară ar fi fost comprimată lateral iar bolta ar fi fost împinsă în sus. S-a observat uneori fisura bolții palatine, sau creasta mediană, proeminentă, șanțuri laterale etc. Dentiția este tîrzie, neregulată și într-o stare foarte rea, cea temporară ca și cea permanentă fiind sediul unor procese precoce de carii; dentiția temporară nu este completă pînă la 4 și chiar pînă la 5 și 7 ani (la un bolnav a lui D e s g e o r g e s), cea permanentă are o tendință mai mică la întîrziere. Dinții sînt mici, cei superiori mai ales, mai largi decît înalți, neregulat implîntați și chiar neregulat conformați; tuberculii molarilor sînt neregulați.

Limba la mongoloizi prezintă alterații importante. Fața ei dorsală poate avea diferite aspecte : sau este viloasă cu grupuri mici proeminente de papile filiforme (D e S a n c t i s), sau brăzdată neregulat de șanțuri și ridicături, sau are aspect curat scrotal (foarte rar după D e S a n c t i s).

Totul variază după cum există numai simple striațiuni, crăpături sau adevărate fisuri. Aceste alterații sînt datorite hipertrofiei papilelor fongiforme (I r e l a n d, S é r i e s, D e s g e o r g e s), la care s-au adăugat uneori și anomalii în stratul mai profund al mucoasei și aplazie congenitală fasciculară a mușchilor superficiali (D e S a n c t i s); alteori există macroglosie musculară sau hiperplazie totală a limbii (D e S a n c t i s). După T h o m p s o n, papilele sînt rău dezvoltate pe limba aceasta foarte largă, care are tendința a se fisura. Starea aceasta de hipertrofie ar explica pentru ce bolnavii își sug limba. Factorul acesta mecanic, adăugat la o fragilitate specială, a mucoasei, ar putea explica producerea fisurilor. T h o m p s o n examinînd 69 de copii bolnavi, a găsit 59 care își sugeau limba ce era alterată și mare, ceilalți 10 nu aveau acest lucru însă își sugeau degetele sau mîinile. Mongolienii țin foarte adesea limba afară din gură și această „protrusiune" este datorită atît volumului mare al limbii cît și reducerii capacității bucale, după S u t h e r l a n d. Șanțurile feții dorsale a limbii sînt dispuse în mod diferit: sau pe o fisură mediană antero-posterioară se înserează alte fisuri laterale, sau șanțul axial lipsește și fisurile laterale sînt necomplete, crescînd numai marginile organului (D e s g e o r g e s). Data apariției alterațiilor limbii variază: C a t f e r a t a a găsit-o la un an, iar după T h o m p s o n, M u i r, numai după al 2-lea an; M o r e t t i susține chiar că unul din bolnavii săi a prezentat-o în primele luni ale vieții. Ceea ce ne face să insistăm mai mult asupra alterațiilor limbii, este faptul că unii autori, cum este F e n n e l, le consideră patognomonice, căci examinînd 200 de idioți de alte categorii nici unul nu prezenta aceste semne.

După D e S a n c t i s însă, ele se pot găsi la indivizi sănătoși și bine dezvoltați și el a întîlnit o întreagă familie cu limba astfel alterată, iar V a r i o t a găsit la o femeie și la fiica ei alterații datînd de la naștere.

Noi examinînd un număr de 427 de alienați de toate categoriile, am împărțit alterațiile limbii în 3 categorii, urmînd exemplul lui D e S a n c t i s, însă în stabilirea acestor trei grade noi am ținut seama atît de aspectul leziunilor cît și mai ales de gradul și de abundența lor. Așa, în gradul întîi am pus pe bolnavii cu ușoare striațiuni care nu cuprindeau decît o parte a limbii, în gradul al II-lea pe bolnavii cu striațiuni ușoare sau mai pronunțate, care însă cuprindeau *aproape* toată limba, lăsînd intacte numai mici părți din fața ei dorsală, iar în gradul al III-lea pe bolnavii cu striațiuni adînci care brăzdau *toată* limba, nelăsînd nici o porțiune intactă și dînd limbii un aspect curat „cerebelos". Din cei 427 de bolnavi, prezentau alterații ale limbii 158: 87 de gradul I, 58 de al II-lea și 13 de al III-lea. Alterațiile de gradul al III-lea, cele mai importante, se repartizează astfel după boli: 1 epileptic, 2 paralitici generali, 3 alcoolici, 2 paranoici, 2 idioți, 1 dement precoce, 1 dement senil și 1 pelagros. Cei mai apropiați de mongolieni fiind idioții și imbecilii de toate categoriile, vom nota că dintre **34** de idioți și 26 de imbecili, prezentau alterații ale limbii 14 idioți (3 de gradul I, 9 de gradul al II-lea și 2 de gradul al III-lea) și 7 imbecili (4 de gradul I și 3 de gradul al II-lea). Pentru a stabili o comparație din acest punct de vedere, am examinat 40 de indivizi normali (infirmieri) 25 de bărbați și 16 femei și am

găsit 9 alterații ale limbii (4 femei și 5 bărbați) : 7 de gradul I (dintre care 4 femei), 1 de gradul al II-lea și 1 de gradul al III-lea. Din aceste rezultate se poate ușor vedea că alterațiile limbii sînt foarte departe de a fi apanajul mongoloizilor, ba chiar credem că ele constituie un semn distinctiv foarte îndoielnic al acestei afecțiuni, contrariu celor susținute de unii autori.

Membrele sînt mici, dar bine conformate, și au o laxitate anormală a tuturor articulațiilor ; degetele pot atinge fața dorsală a mîinii și bolnavii pot rămîne multă vreme fără oboseală în poziția „en tailleur" (stînd turcește). Hiperextensia nu este dureroasă și nu influențează mersul. Această laxitate este cu atît mai accentuată cu cît individul este mai tînăr ; pronunțată la copii, diminuează treptat cu vîrsta. Fennel și Desgeorges n-au întîlnit-o la indivizii care nu erau tineri de tot. Nici tratamentul fosforat, nici cel tiroidian nu o ameliorează. Această laxitate este interpretată de autori în mod diferit : unii (cum este Sutherland) o atribuie diminuării tonicității musculare sau întîrzierii dezvoltării ei mai mult decît relaxării ligamentelor și capsulei articulare ; alții (Kassowitz), micii consistențe a capetelor articulare și pierderii rigidității normale a cartilajelor, din cauza preponderenței elementelor celulare asupra substanței fundamentale. Mongolienii au mai des „mîna de idiot", descrisă de Bourneville, decît alți întîrziați în dezvoltare, adică mînă scurtă, lată, groasă și cu totul stîngace ; cu degetele cilindrice ca niște cîrnați, cu policele scurt incapabil de mișcări de opoziție și uneori cu policele și inelarul atrofiate ; pielea pare edemațiată, dar presiunea nu lasă urmă. Shuttleworth și Beach au semnalat la mongoloizi o scurtime anormală a auricularului cu deplasarea laterală a falangei distale, fapt confirmat de Smith, De Sanctis. Însă West și Desgeorges sînt de părere că nu există diferență mare între copiii normali sau aparținînd altor categorii de alienați și între mongoloizi în privința formelor auricularului. Din 30 de copii alienați examinați de noi, patru prezentau încovoierea auricularului (cu concavitatea către axul membrului), printre ei aflîndu-se și două mongoliene, una însă cu foarte ușoară încovoiere ; încovoierea auricularului am mai găsit-o la doi idioți mai mari de vîrstă, dar sub 25 de ani. Picioarele sînt scurte, grosolane, uneori deviate ; degetele scurte, ca retezate. S-a mai semnalat sindactilia la mîini (Desgeorges, Siegert) sau la picioare (Muir), degete supranumerare (Muir), piciorul strîmb etc. Rahitismul nu este rar la mongoloizi și toracele „cu *carène*", „*Hühnerbrust*" — necondiționat totdeauna de rahitism, după Siegert — și îngroșarea extremităților anterioare ale coastelor, „*châpelet* costal", s-au întîlnit de mai multe ori. Pîntecele este de obicei mare și este sediul a diferite hernii (mai ales ombilicale). Putem nota încă criptorhidia, fimoza, spina bifida occulta.

Din partea organelor interne, cele mai frecvente anomalii sînt diferitele defecte cardiace ca : neînchiderea completă a orificiului lui Botal, lipsuri în septuri, stenoza pulmonară etc. — care se relevă la auscultație prin sufluri sau freamăte.

Pielea este uscată, rugoasă, dar mai ales netedă și suplă, marmorată, transpirînd în mod normal. Paniculul adipos destul de abundent.

Anomaliile somatice ce se pot întîlni la mongoloizi sînt foarte variate. Aşa, S u t h e r l a n d a găsit, după moarte, la un bolnav operat pentru imperforaţia anusului, stare chistică a rinichiului stîng, cu dilataţia ureterului şi hipertrofia băşicii; dilataţia sacciformă (de mărimea stomacului) a primei porţiuni a duodenului şi atrezia porţiunii a doua.

Mongolienii sînt în general de talie subnormală — nanism mongolian — căci creşterea care este aproape normală la început pînă la 3 ani, rămîne în urmă într-un grad crescînd cu cît bolnavul înaintează în vîrstă. C o z z o l i n o a publicat observaţia unei fetiţe de 8 luni la care mongolismul se asocia cu micromelia membrelor superioare, iar un bolnav a lui F r a s e r (citat de S é r i s) — prezenta micromelia membrelor inferioare. Aceste fapte arată că — deşi foarte rar — mongolienii pot prezenta şi lipsă de armonie în proporţia dintre diferitele părţi ale corpului.

Osificaţia este puţin alterată la mongoloizi : pe de o parte se arată o uşoară întîrziere a osificaţiei în copilărie, iar pe de alta o sudură precoce a epifizelor care are drept consecinţă încetarea creşterii la pubertate, din cauză că osificarea s-a terminat. S i e g e r t mai semnalează, ca un caracter foarte important pentru mongolism, că la mînă se observă frecvent o concomitenţă ciudată de osificare precoce a unor oase şi de osificare tîrzie a altor oase la aceeaşi mînă. B u l l a r d într-un studiu (1911) dovedeşte în mod net cu ajutorul radiografiei, inferioritatea scheletică a monogolienilor faţă de sistemul osos al copiilor normali la vîrsta lor.

Evoluţia mongolienilor este foarte înceată : merg foarte greu şi foarte tîrziu, vorbesc foarte tîrziu şi aproape totdeauna vocabularul lor este foarte redus dacă nu chiar nul; forţa lor musculară rămîne totdeauna redusă mult şi devin apatici. Menstruaţia se stabileşte de obicei la timpul normal şi se continuă regulat. Temperatura mongolienilor este adesea subnormală (D e S a n c t i s) şi sîntem îndreptăţiţi să bănuim la ei o senzaţie de frig exagerată prin faptul că au predilecţie pentru căldură; extremităţile sînt reci şi violacee ceea ce denotă tulburări circulatoare datorite anomaliilor cordului.

Respiraţia nazală este împiedicată prin strîmtarea rinofaringelui şi prin vegetaţiile adenoide. De altfel toate căile respiratorii superioare : fosele nazale, nazofaringele, faringele, sînt reduse de dimensiuni, fapt la care adăugîndu-se hipertrofia celor 3 amigdale, avem explicaţia respiraţiei stertoroase, care apare de la naştere şi persistă adesea într-un grad pronunţat. Aparatul digestiv este bun, gustul nu este pervertit ; mongoloizii au predilecţie pentru făinoase.

Mirosul este slab, vederea bună, auzul foarte fin. Reflexele sînt normale şi sensibilitatea generală puţin diminuată.

Habitul mongoloidului nu devine lămurit decît în al 2-lea sau al 3-lea an de vîrstă. Faţa lui devine mobilă şi K a s s o v i t z o compară cu aceea a unui clown, căci pielea aspră şi uscată de pe obraji şi bărbie care se excoriază uşor este roşie vie.

Examenul sîngelui nu arată nimic particular în afară de scăderea cantităţii de hemoglobină (K a s s o w i t z).

Din punct de vedere psihic, mongolienii diferă mult între ei, căci cu mongolismul sînt compatibile toate tipurile de mentalitate inferioară,

toate gradele de insuficiență mintală, spune De Sanctis. După acest autor se pot deosebi: tipul idiot, infantil, imbecil, epileptoid și uneori tipuri mixte: infantilo-epileptoide sau imbecilo-epileptoide; însă cel mai comun ar fi tipul infantil. Séris crede că cel mai comun ar fi tipul imbecil. Mongoloizii de toate gradele de deficiență mintală au însă unele caractere comune care au determinat pe unii autori să descrie „tipul mongolic": caracter bun, sînt afectuoși, recunoscători, potoliți, se amuză ușor, sînt foarte curioși, fac strîmbături, au o facultate imitativă pronunțată în ce privește faptele, mișcările și sunetele, sînt iubitori de muzică, cu inteligență vioaie și uneori o memorie considerabilă (la cei mai puțin gravi), frică și iritabilitate ușoară. Simțul pudoarei este conservat și foarte rar au perversiuni ale instinctelor; nu se întîlnește la ei onanismul, piromania, clastomania, ca la majoritatea deficienților de toate felurile. Atenția lor se fixează greu și educabilitatea lor este relativă; foarte rareori se pot întîlni mongolieni care să știe scrie și citi.

Diagnosticul nu este greu dacă ținem seama de caracterele somatice enumerate mai sus, mai ales cele ale feței și capului. Mongolismul trebuie deosebit de rahitism, achondroplazie și mixedem. Dar confuzia este posibilă numai cu *mixedemul*, care însă la un examen mai minuțios se vede că nu prezintă tipul mongolic și diferitele semne ale mongolismului, că are un grad de idioție de obicei mult mai accentuat, creșterea în lungime ca și dezvoltarea în general întîrziată *chiar de la început*, pe cînd în mongolism întîrzierea în dezvoltare se manifestă tîrziu; în mongolism este acrohipoplazie, brahicefalie etc.; apatie, insensibilitate, indiferență profundă pentru tot, fizionomie imobilă, fără expresie la mixedematoși, contrastînd cu curiozitatea, facultatea de imitație și mobilitatea fizionomiei mongoloizilor; transpirația normală în mongolism, nu există niciodată în mixedem iar excitația electrică normală legată de ea, lipsește adesea la mixedem (Siegert). Examenul sîngelui ar mai releva un caracter diferențial căci, după Esser, la mixedematoși ar exista limfocitoză pe cînd mongolienii n-au nimic deosebit. Corpul tiroid lipsește sau este atrofiat în mixedem și nu pare alterat în mongolism, fapt la care se adaugă și diferența efectelor opoterapiei tiroidiene care produce o regenerare completă în mixedem, pe cînd în mongolism efectele sînt cu totul neînsemnate.

Anatomia patologică. După cum se poate bănui, leziunile caracteristice ale acestei afecțiuni se găsesc în sistemul nervos. Wilmarth a semnalat dimensiunile reduse ale bulbului, protuberanței și creierului mic. Mai tîrziu alți autori au constatat regulat scăderea greutății encefalului, scurtimea creierului în sensul antero-posterior, lisencefalia, raritatea cutelor de trecere (așa, scizura lui Rolando se prezintă ca un șanț neîntrerupt, din cauză că lobul frontal este complet separat de circumvoluția frontală ascendentă, neexistînd între ele vreo cută de trecere), micșorarea unghiului obtuz format de creierul mic, protuberanță și bulb pe de o parte și fața inferioară a lobului frontal pe de altă parte, unghi care devine aproape drept etc. Encefalul este totuși simetric. Aceste particularități ale encefalului sînt totdeauna însoțite de modificări constante ale craniului. Am arătat că diametrul antero-posterior al bazei craniului este

scurtat, iar suturile osoase sînt complet sudate de timpuriu, fapt care a făcut pe unii autori să creadă că nedezvoltarea creierului este consecinţa piedicii pe care i-o pune această sinostoză precoce. Alţi autori susţin, din contra, că sinostoza precoce este consecinţa nedezvoltării creierului. Totuşi sinostoza precoce a oaselor bazei craniului, după Sutherland, nu este bine dovedită şi Guthrie a găsit la un mongolian cartilaj moale abundent şi puţin rezistent la bază, iar Fraser, la o mongoliană de 40 de ani, a găsit majoritatea suturilor neosificate încă. Pe lîngă caracterele macroscopice arătate, encefalul prezintă modificări histologice care au fost bine puse în evidenţă de Philippe şi Oberthür prin studiul creierului a 5 mongoloizi ai lui Bourneville. Meningele sînt puţin îngroşate; pia mater are ulceraţii cu ramolismente subjacente şi simfize numai la nivelul scizurilor; deci este o meningită ulceroasă şi disecantă, localizată la nivelul scizurilor, diferind ca topografie de aceea a paraliziei generale, unde aderenţa se face pe suprafaţa liberă a circumvoluţiilor. În general există : microgirie — scoarţa fiind îngroşată numai la nivelul leziunilor meningee — rarefacţia celulelor nervoase care sînt atrofiate, în stare vacuolară sau în stare de omogenizare, neuronofagie, fineţe a reţelei lui Exner ; fibrele tangenţiale în loc să rămînă paralele cu suprafaţa circumvoluţiilor devin oblice sau perpendiculare şi scad ca număr ca şi fibrele radiare şi de asociaţie ; decoloraţia uniformă, masivă a centrului oval cu fibrele radiare atrofiate, rărite ; nevroglia este rară dar nucleii nevroglici abundenţi ; vasele sînt numeroase şi există scleroză vasculară şi perivasculară şi dilataţia tecii adventice. Deci este o formă de meningoencefalită generalizată corticală, mai pronunţată în regiunile superficiale ale creierului, determinînd o diminuare considerabilă a fibrelor nervoase tangenţiale şi radiare şi atrofie moderată a celulelor nervoase, sau, în rezumat : un proces degenerativ cu leziuni distrofice foarte înaintate sau o aplazie congenitală a elementelor nervoase ; în nici un caz nu se poate vorbi de o encefalită infecţioasă. Glanda tiroidă este hipoplazică şi sediul unui proces de scleroză. Mai este de notat persistenţa timusului pe care Bourneville a găsit-o la 4 copii între 4 şi 15 ani. Nu mai revenim asupra anomaliilor inimii, organelor genitale, bolţii palatine etc. Wilmarth a găsit creierul mongolienilor, cu o greutate relativ mare pentru un creier de idiot, pe cînd bulbul şi măduva cîntăreau pe jumătate ca în stare normală. Sutherland a găsit la fel că bulbul, măduva şi creierul mic erau puţin dezvoltate în raport cu hemisferele cerebrale.

Pronosticul mongolienilor este în general cît se poate de rău şi mai precar ca al altor idioţi. Aceasta nu numai din punct de vedere al evoluţiei intelectuale ci mai ales din acela al sănătăţii şi al vieţii. Mongolienii au un organism de o fragilitate extremă şi foarte puţin rezistent la infecţii ; cele mai uşoare infecţii gastro-intestinale sau ale căilor respiratorii îi doboară, dar cea mai frecventă şi cea mai fatală pentru ei este tuberculoza la care sînt predispuşi în mod special. Din acest punct de vedere diferă în mod evident de mixedematoşi, care în afară de insuficienţa lor tiroidiană sînt destul de rezistenţi. Din cauza sănătăţii lor şubrede, mongolienii mor de obicei foarte tineri şi foarte puţini trec vîrsta de 25 de ani. Cînd însă, în mod excepţional, au o constituţie fizică mai

robustă şi o stare intelectuală nu prea redusă, pot fi perfectibili în raport cu gradul idioţiei lor şi atunci pronosticul este mai favorabil. Dar ameliorarea ce se poate dobîndi cu mari sforţări şi cu multă metodă şi răbdare este neînsemnată căci abia sînt capabili în cazurile favorabile să dobîndească cîteva noţiuni şcolare foarte reduse. Foarte rar pot deveni capabili de a se conduce singuri şi de a-şi cîştiga existenţa. De aceea de obicei trăiesc în aziluri sau sînt în sarcina familiei lor.

Tratamentul cauzal şi deci care să îndreptăţească speranţa unei transformări fizice sau intelectuale a mongolienilor, nu există. Bazîndu-se pe unele caractere comune — de ordin secundar de altfel — mongolismului şi mixedemului, unii medici au încercat opoterapia tiroidiană şi în mongolism. Telford Smith ar fi obţinut cu acest mijloc bune rezultate, aşa : creşterea taliei este puţin accelerată, starea pielii este modificată, temperatura se ridică dar fără a deveni normală, blefarita cronică se ameliorează şi chiar se vindecă, inteligenţa se deşteaptă, bolnavul este mai puţin indiferent de ce-l înconjură, limbajul lui este mai clar, vocabularul mai bogat. Însă se pare că aceste efecte miraculoase n-au mai fost obţinute de alţi experimentatori, ba chiar rezultatul este de obicei absolut nul. Numai în ce priveşte creşterea taliei, Bourneville ar fi obţinut o activare remarcabilă ; la fel în privinţa funcţiei tubului digestiv, constipaţia obişnuită dispărînd. Karl Looft a administrat bolnavilor săi cantităţi variabile de timus, dar fără nici un rezultat. Sutherland a instituit tratamentul specific unor mongolieni care prezentau manifestări de sifilis ereditar, dar pe cînd leziunile sifilitice au fost prompt ameliorate, mongolismul a rămas nemodificat. Tratamentul tiroidian nu este tolerat totdeauna la aceşti bolnavi.

Dozele de glandă tiroidă proaspătă de miel sînt după Bourneville: 0,25 g pe zi în prima săptămînă, 0,50 g în a 2-a, 0,75 g în a 3-a, 1 g în a 4-a şi maximul este 1,50 g pe zi ; după 3 luni se suspendă tratamentul şi se reia după un timp, variabil cu starea bolnavilor, dar de obicei egal cu acela de administrare[1]). Siegert prescrie cîte 3—4 perechi de glande tiroide de miel proaspete pe săptămînă. Moretti, dă cîte o tabletă (0,10 cg) tiroidină Merck pe zi şi a putut continua astfel mai mult de 6 luni fără întrerupere, la un bolnav căruia altă dată i s-au administrat pe cale hipodermică extract glicerinat de hipofiză şi de testicul (40 injecţii) ; reamintim că nici unul din aceste tratamente n-a influenţat starea bolnavului în chestiune : numai limba care avea o mărime neobişnuită a diminuat în mod apreciabil. Mulţi autori recomandă ca la opoterapie să se asocieze o cură arsenicală şi iodică, ceea ce a avut de rezultat uneori o ameliorare a condiţiilor generale şi în special dispariţia respiraţiei stertoroase.

Un tratament specific neexistînd, pe lîngă tratamentul tiroidian trebuie încercat tratamentul medico-pedagogic cu care Bourneville asigură că a obţinut rezultate notabile, fapt constatat şi de Smith dar

---

[1]) Un mijloc de a aprecia toleranţa bolnavului pentru acest tratament este temperatura ; imediat ce prezintă o urcare de 38° sau mai mult care se menţine 1—2 zile se diminuă doza sau se suspendă tratamentul.

nu şi de ceilalţi autori care l-au încercat. Acest tratament, în partea lui medicală, va fi pur simptomatic, iar în partea sa pedagogică consistă în a corija în mod educativ lipsurile fizice şi psihice ale bolnavului : a-i fortifica membrele prin exerciţii metodice, a-i regula funcţiunile organice prin silirea la îndeplinirea lor în mod regulat şi la ore fixe, apoi a-i deştepta atenţia, a-i educa simţurile. Toate acestea nu se pot face, bineînţeles, decît în stabilimente speciale şi necesită multă răbdare şi foarte mult devotament. În aprecierea rezultatelor nu trebuie să uităm să ţinem seamă de „tipul mintal" al individului, căci de aceasta depind progresele intelectuale şi caracterul, după cum afirmă De Sanctis.

Dăm acum observaţiile cazurilor noastre :

Observaţia I. *E.M.A.*, de 15 1/2 ani, fată.

Anamneza. Tatăl, de meserie cizmar, alcoolic inveterat (după cum reiese din actele de internare ale pacientei), bolnav de mai bine de 16 ani şi imobilizat în pat de vreun an. Mama sănătoasă, nu este alcoolică. Tatăla avut din două căsătorii trei copii şi pacienta este ultimul copil ; o soră a ei este sănătoasă şi este bine dezvoltată atît din punct de vedere fizic cît şi ca inteligenţă.

Pacienta a avut o dezvoltare întîrziată. A făcut primii paşi abia la vîrsta de 5 ani şi la această vîrstă nu putea vorbi încă. În primii ani ai copilăriei ar fi fost bolnavă de o infecţie caracterizată mai ales prin pustule ale conjunctivelor sau ale corneelor — lucrul este greu de precizat — şi supuraţia conductelor auditive ; afecţiunea însă nu a lăsat vreo urmă evidentă.

Încă din primii ani ai copilăriei pacienta a fost un copil rău, supărător şi chiar periculos. Îi plăcea să distrugă tot ce apuca în mîini şi părea să găsească plăcere în a face aceasta. Actele ei au fost de cîteva ori foarte aproape de a produce nenorociri. Aşa, într-o zi, cînd se afla singură acasă, a adunat multe surcele, le-a făcut grămadă la spatele casei părinţilor şi a fost surprinsă cînd voia să le dea foc ; iar altă dată surprinzînd un copil de vreo doi ani care se juca singur pe o grămadă de nisip, îşi dădea toate silinţele să-i înfunde bine capul în nisip cînd a fost surprinsă de tatăl copilului. Acte de acest fel au produs groază printre vecini şi au determinat internarea pacientei în spitalul din T. Măgurele, la 5. X. 1910, de unde a fost adusă în acest Ospiciu.

Starea prezentă

Examenul somatic. În general se prezintă cu o constituţie bună, fără nici o anomalie a scheletului. Paniculul adipos de o abundenţă moderată ; muşchii slab dezvoltaţi. Pielea de culoare galbenă-teroasă, nu este tocmai fină, nici pe părţile acoperite. Mucoasele sînt de culoare normală. Perii capului la fel se prezintă cu caractere normale. Pîntecele mare. La axile are cîţiva peri, iar perii pubisului sînt destul de abundenţi. Înainte de a studia diferitele părţi ale corpului mai amănunţit vom da cîteva date antropometrice.

Cefalometria

Diametrul antero-posterior maxim	170	mm
„ transvers maxim	145	„
„ antero-posterior metopic	177	„
„ frontal minim	107	„
„ supraauricular	125	„
„ bizigomatic	125	„
„ bimastoidian	128	„
Curba antero-posterioară	332	„
„ transversă	316	„
Circumferinţa orizontală maximă	512	„
Înălţimea ofrion-mentonieră	112	„
„ ofrion-alveolară	65	„
„ nasului	45	„
Indicele cefalic	85,29	
„ lui Broca (transverso-frontal)	73,7	
„ fronto-minimo-zigomatic	85,6	
„ supraauricular transvers-maxim	86,2	
„ facial total	89,5	
„ frontal minimum bimastoidian	83,5	
„ bimastoidian-bizigonatic	97,6	

Trunchiul și membrele

Înălțimea de la nivelul solului pînă la :

Vertex	1430	mm
Centrul conductelor auditive	1305	,,
Furculița sternală	1138	,,
Acromion	1115	,,
Apofiza stiloidă a radiului	683	,,
Centrul mamelonului mamilar	1025	,,
Ombilic	847	,,
Pubis (marginea superioară)	665	,,
Spina iliacă antero-superioară	830	,,
Marginea superioară a trocanterului	734	,,
Articulația genunchiului (interlinia articulară)	402	,,
Diametrul biacromial	350	,,
Circumferința gîtului	300	,,
,, toracică supramamară	710	,,
,, abdominală minimă (deasupra crestei iliace)	690	,,
,, abdominală la nivelul ombilicului	700	,,
,, șoldurilor	780	,,
,, maximă a brațelor	215	,,
,, ,, a antebrațelor	210	,,
,, ,, a coapselor	465	,,
,, ,, a gambelor	275	,,
Lungimea mîinii drepte	153	,,
Lărgimea ,, ,,	85	,,
Lungimea mîinii stîngi	148	,,
Lărgimea ,, ,,	85	,,
Lungimea membrelor superioare (acromion-articulația radio-carpiană)	465	,,
Lungimea membrelor superioare în întregime	615	,,
Lungimea piciorului drept	228	,,
Lărgimea ,, ,,	88	,,
Lungimea piciorului stîng	223	,,
Lărgimea ,, ,,	85	,,
Lungimea membrelor inferioare	639	,,

Craniul, oxicefal, este cam mic și de o brahicefalie marcată ; suturile osoase nu se simt la palpare. Nu prezintă asimetrie pronunțată, nici proeminențe sau scufundături anormale ; proeminențele frontale sînt cu totul absente așa că fruntea nu are nici un relief și prezintă o convexitate înainte, neaccidentată și ștearsă ; deosebit de această convexitate în sens orizontal, fruntea este cu totul plată în sens vertical, și cu direcție aproape verticală. Proeminențele parietale foarte puțin pronunțate, la fel și protuberanța occipitală externă. Perii capului, de culoare castanie deschisă sînt rari, moi, bine implîntați, regulat distribuiți pe toată pielea capului, formează un singur vîrtej și limitează înainte o frunte foarte mică, înaltă de 3 1/2 cm pe linia mediană (pe o întindere de 5 cm numai, în sens orizontal) deasupra liniei intersprîncenoase, care se micșorează treptat cu cît se apropie de tîmple. Așa, la partea mijlocie a arcadei sprîncenoase, fruntea are numai $1^1/_2$ cm înălțime iar spre tîmple părul capului este aproape reunit cu sprînceana.

Fața în general este mare, largă, puțin asimetrică. Pe frunte are sbîrcituri verticale la mijloc și orizontale deasupra sprîncenelor. Deschizătura palpebrală este alungită și oblică în jos și înăuntru, însă cu toate că este strîmtă, fiind în schimb destul de lungă, ochii sînt mult mai mari. Ochii n-au nici strabism, nici nistagmus, nici vreo alterație a corneei sau cristalinului. Sprîncenele sînt abundente, neîmbinate pe linia mediană. Pleoapele superioare par umflate din cauza abundenței țesutului celular și în afară de aceasta pleoapele au blefarită ciliară.

Pupilele reacționează bine la lumină și distanță și sînt egale.

Nasul lărgit, globulos, destul de voluminos, cu nările mari, eliptice și cu lobului lărgit ca și cum ar fi strivit. Regiunile preauriculare și maseterine sînt acoperite cu păr pufos destul de abundent. Gura este mare, buzele foarte groase și răsucite în afară, mai ales cea inferioară. Dinții regulați ca dezvoltare și ca situație ; nu sînt pe aceeași linie și nici de aceeași mărime ;

sînt solizi, dar acoperiţi de tartru şi unii lipsesc. Gingia sîngerează uşor. Limba nu este mare, n-are tremurături; n-are crăpături pe faţa dorsală. Bolta palatină este puţin adîncită. Urechile puţin depărtate de craniu, sînt cam mari şi îndoite neregulat, amintind urechea zisă a lui Darwin; helixul formează un unghi ascuţit postero-superior, lobulul este aderent. Pielea obrajilor este îngroşată, de culoare galbenă teroasă, dar nu prezintă nici o alteraţie.

Gîtul nu este prea gros, cu muşchii cervicali bine dezvoltaţi şi cu ţesut celulo-grăsos, de abundenţă moderată. Ganglionii cervicali sînt măriţi. Corpul tiroid abia se simte la palpaţie şi nu este de loc aparent la simpla inspecţie.

Toracele este simetric, bine dezvoltat, n-are îngroşări sau deformări osoase. Ţesutul celular şi muscular destul de bine dezvoltate nu lasă să se vadă spaţiile intercostale. Mamelele sînt foarte dezvoltate.

Abdomenul este balonat, globulos şi prezintă o hernie ombilicală destul de pronunţată.

Membrele par normal dezvoltate. Masele musculare sînt totuşi slab reprezentate. Pielea miinilor şi picioarelor este aspră şi rugoasă. Mîinile puţin cam grosolane, degetul mic este încovoiat cu concavitatea spre axul membrului. Picioarele sînt plate şi grosolane, degetele par retezate. La membre nu există alte deosebiri aparente între cele două părţi, afară de dezvoltarea mult mai mare a degetelor piciorului drept, evident mai lungi şi mai groase, ca ale celui stîng.

Organele genitale externe sînt normale, himenul intact; există puţină leucoree.

Examenul funcţional. Temperatura 37°.

Pofta de mîncare normală, poate chiar exagerată, funcţiile digestive la fel. Nu prezintă incontinenţă; urina normală. Aparatul respirator n-are nimic deosebit. Aparatul circulator normal; pulsul este normal ca intensitate şi ca ritm, 80 bătăi pe minut. Circulaţia sanguină este totuşi puţin tulburată, căci extremităţile sînt reci şi violacee. Nu are menstruaţie. Toate simţurile, inclusiv sensibilitatea cutanată de toate felurile, sînt normale: n-are tremurături. Reflexele tendinoase şi cutanate mai importante sînt toate normale. Nu are paralizii, pareze sau insuficienţe funcţionale ale muşchilor izolaţi sau a grupurilor de muşchi; forţa musculară este normală, toate mişcările sînt coordonate şi se execută uşor; impulsia motoare este normală. Nu există laxitate anormală a articulaţiilor.

Bolnava nu are predilecţie pentru vreo atitudine anumită şi nici nu stă imobilă într-un singur loc mai mult timp. De obicei stă lîngă masa unde sînt adunaţi ceilalţi copii, sau umblă prin sălile bolnavilor după infirmieră.

Vorbirea. Vocabularul pacientei este foarte redus şi prea puţinele cuvinte pe care le cunoaşte le pronunţă cu totul alterat; aceste cuvinte se referă la obiectele şi persoanele care o înconjură, sau pe care le vede adesecri.

Aşa spune: toto (doctorul), taana (cucoana) sa Ptescu (d-şoara Petrescu), Ciha (Lucica), Anica, Lina, Stana, Zela (Ghizela), toc. bluză, ustă (fustă), osu (coşul de pîine), ufu (cufărul), apu (dulapul), tete (ghete), aptofi (pantofi) etc.; după cum se vede, cuvintele simple le pronunţă mult mai corect decît cele mai dificile. Este inutil, poate, să menţionăm că vocabularul se mărgineşte la lucrurile văzute şi pipăite şi că nu cuprinde cuvinte referitoare la noţiuni abstracte.

Mimica. Faţa este foarte mobilă şi exprimă uşor bucurie, teamă; plînge foarte uşor şi plînsul este totdeauna exagerat ca intensitate şi ca mimică.

Examenul psihic. Pacienta are un caracter bun, este foarte miloasă şi afectuoasă. Pentru a ilustra această din urmă particularitate vom spune că infirmiera sa, îmbolnăvindu-se grav, pacienta sta tot timpul lîngă bolnavă şi plîngea; infirmiera fiind trimisă la alt spital şi restabilindu-se, la întoarcere a fost întîmpinată de pacienta noastră cu mare bucurie şi la prima ocazie a căutat să ne împărtăşească şi nouă, prin vorbe neinteligibile şi prin gesturi şi mimică, marea ei mulţumire. Este foarte curioasă şi se ţine tot timpul după infirmieră sau ne urmăreşte peste tot cînd vizităm bolnavii; recunoscătoare, îndatoritoare peste măsură, aşa că foarte greu ne putem scăpa de ea cînd i se pare că ne poate ajuta; se amuză uşor, nu provoacă pe ceilalţi bolnavi, din contră este foarte des lovită şi bătută de bolnavi care nu-i primesc serviciile şi atunci plînsul ei este cu totul exagerat. Starea ei intelectuală nu este improprie pentru o oarecare ameliorare. Înţelege uşor ce-i spunem şi atenţia i se poate fixa cu mare uşurinţă. Cunoaşte mult mai multe lucruri decît poate exprima. Are simţul pudoarei destul de dezvoltat. Îi place să se gătească cu ce găseşte propriu pentru aceasta. Ştie să coasă, însă nu poate face ceva util. Văzînd o dată la o bolnavă o haină mai nouă, mai puţin decolorată ca a ei şi-a amintit că şi haina ei a fost o dată aşa şi, probabil, şi-a zis că pe faţa neexpusă, nepurtată, stofa trebuie să fie încă curată. Atunci şi-a descusut singură haina pentru a o coase cu partea nepurtată în afară, dar lucrul fiind prea greu, nu a parvenit să-l ducă

la bun sfîrşit. Mănîncă curat, cu lingura ; nu se murdăreşte pe haine nici cu mîncare, nici cu secreţii nazale ; are totdeauna o cîrpă pentru a-şi şterge nasul ; nu scuipă pe dînsa sau pe jos, îşi face totdeauna nevoile la latrină. Face infirmierei unele servicii ; mătură, aduce apă, adună pe ceilalţi copii bolnavi la masă şi dacă vreunuia îi lipseşte ceva atrage atenţia infirmierei.

În general, constatăm la această pacientă, din punct de vedere psihic, o stare care deşi este rudimentară, totuşi nu exclude o îndreptare, căci şi-a asimilat o sumă de noţiuni care o fac să ia parte la tot ce se petrece în jurul ei.

De la internarea ei în acest ospiciu pînă acum nu a încercat vreodată să comită fapte de natura celor ce i se atribuie a fi comis acasă.

Observaţia a II-a. *L. S. B.*, fată de 13 ani.

Anamneză. La internarea pacientei, în 1906, tatăl ei trăia. Nu se mai ştie nimic despre el. Mama a murit după cîteva săptămîni de la naştere. Nu ştim dacă mai are fraţi.

Avem puţine date în privinţa istoricului afecţiunii. Ştim că starea actuală a bolnavei nu s-a ivit în cursul dezvoltării, ci datează de la naştere (este probabil înnăscută). Nu a putut vorbi, deşi auzul este foarte bun. Avea din timp în timp adevărate accese caracterizate prin tremurături, strigăte şi care se terminau prin căderea jos în nesimţire cînd era complet epuizată ; în timpul acestor accese îşi băga mîinile sau pumnii în gură.

De la internarea în serviciul nostru (transferată de la alt ospiciu) n-a avut pînă acum nici un fel de accese şi nu a progresat în nici un fel din punct de vedere psihic şi intelectual.

Starea prezentă.

Examenul somatic. Bolnava are statură potrivită pentru vîrsta ei şi aparent are o dezvoltare normală a scheletului şi a părţilor moi.

Diferitele părţi ale corpului sînt proporţionate. Ţesutul celulo-grăsos slab dezvoltat ; la fel muşchii. Pielea de culoare mai mult brună, este normală fără nici un fel de alteraţii. Toată suprafaţa corpului este glabră. Părul capului se prezintă cu caractere normale, abundent. La inspecţie nu se constată nici un fel de anomalie scheletică sau de altfel. N-are hernii.

Cefalometria

Diametrul antero-posterior maxim	157	mm
„ transvers maxim	139	„
„ antero-posterior metopic	156	„
„ frontal minim	105	„
„ supraauricular	122	„
„ bizigomatic	120	„
„ bimastoidian	125	„
Curba antero posterioară	260	„
„ transversă (bisupraauriculară)	293	„
Circumferinţa orizontală maximă	482	„
Înălţimea ofrion-mentonieră	97	„
„ „ alveolară	55	„
„ nasului	35	„
Indicele cefalic	88,53	
Indicele lui Broca	66,87	
„ fronto-minimo-zigomatic	87,5	
„ supraauricular transvers maxim	87,76	
„ facial total	80,83	
„ frontal minim bimastoidian	84,0	
„ bimastoidian-bizigomatic	96,0	

Trunchiul şi membrele

Înălţimea de la nivelul solului pînă la :

Vertex	1265	mm
Centrul conductelor auditive	1135	„
Furculiţa sternală	995	„
Acromion	1025	„
Apofiza stiloidă a radiului	557	„
Centrul mamelonului mamilar	992	„
Ombilic	726	„
Pubis (marginea superioară a simfizei)	595	„

Spina iliacă antero-superioară	658	mm
Marginea superioară a trocanterului	615	„
Articulaţia genunchiului (interlinia articulară)	338	„
Diametrul biacrominal	260	„
Circumferinţa gîtului	290	„
„ toracică supramamară	610	„
„ abdominală la nivelul ombilicului	530	„
„ abdominală minimă (deasupra crestei iliace)	530	„
„ şoldurilor	370	„
„ maximă a braţelor	170	„
„ „ a antebraţelor	165	„
„ „ a coapselor	360	„
„ „ a gambelor	215	„
Lungimea mîinii drepte	132	„
Lărgimea „ „	77	„
Lungimea mîinii stîngi	128	„
Lărgimea „ „	77	„
Lungimea membrului superior drept {acromion art. radio-carpiană}	436	„
„ „ „ stîng {acromion art. radio-carpiană}	436	„
Lungimea membrului superior drept {în întregime}	568	„
„ „ „ stîng {în întregime}	564	„
Lungimea piciorului	188	„
Lărgimea „	75	„
Lungimea membrului inferior	628	„

Craniul este ultrabrahicefalic, cu planurile occipital şi frontal evident paralele, de volum aproape normal. Nu prezintă nici un fel de malformaţie, nici asimetrie marcată. Proeminenţele frontale sînt puţin accentuate, cele parietale asemenea. Nu are proeminenţe osoase anormale. Protuberanţa occipitală externă abia perceptibilă. Înapoia marginei superioară a frontului există o depresiune destul de pronunţată. Occipitalul este foarte puţin convex, mai mult plat. Epicraniul acoperit cu păr des, bine împlîntat, distribuit în mod regulat şi formînd un singur vîrtej; perii sînt groşi, viguroşi, de culoare castaniu închis, înaintează destul de mult pe frunte.

Fruntea este mică în sens vertical, de lărgime normală in sens orizontal, plată, aproape verticală; are puţine cute orizontale, mai pronunţate pe linia mediană. Tîmplele nu sînt înguste. Sprîncenele sînt dese, abundente, de formă normală. Urechile foarte mari, cu pavilionul mult depărtat de craniu şi în totalitatea lor formează două planuri riguros perpendiculare pe suprafaţa de împlîntare; sînt inserate la acelaşi nivel şi destul de grosolan conformate. Helixul este gros, neegal răsucit şi prezintă un rudiment de tubercul a lui Darwin. Celelalte părţi ale urechii sînt distincte toate, dar foarte grosolane. Lobulul este foarte voluminos.

Faţa în general este mare şi simetrică, ochii sînt mici şi deschizăturile palpebrale strîmte au o direcţie oblică în jos şi înăuntru. Pleoapele au blefarită, ochii n-au strabism, nistagmus şi nici un fel de alteraţie a corneei sau a cristalinului. Pupilele sînt dilatate, reacţionează la lumină, dar nu putem şti cum reacţionează la acomodaţie din cauză că bolnava este incapabilă să ne ajute la aceasta. Nasul este înfundat la nivelul unde porţiunea cartilaginoasă se continuă cu oasele proprii ale nasului. În afară de această deformaţie caracteristică (denumită de Fournier „*nez en lorgnette*”) nasul nu este mare, însă are baza lărgită; nările sînt dirijate înainte şi în sus şi lobul turtit şi gros. Regiunile malare sînt proeminente. Gura este largă, totdeauna deschisă, buzele groase, mai ales cea superioară şi răsfrînte.

Dinţii rău împlîntaţi, par răsuciţi în alveolele lor (mai ales incisivii laterali, superiori); incisivul median superior drept este rupt aproape de rădăcină. Dinţii inferiori sînt mai regulat împlîntaţi. Toţi dinţii au creneluri şi suprafaţa lor neregulată prezintă uneori adîncituri pronunţate.

Premolarii şi molarii sînt mai toţi cariaţi. Bolta palatină este adîncită. Limba de volum normal nu este saburală şi nu prezintă pe faţa ei dorsală nici o neregularitate; nu are tremurături. Bărbia este puţin ascuţită. Pielea obrajilor este îngroşată, de culoare brună, fără nici o alteraţie.

Gîtul este mult mai subţire. Corpul tiroid abia se simte la palpare. Ganglionii cervicali şi cel suboccipital nu sînt palpabili.

Toracele este simetric, slab dezvoltat; nu prezintă îngroşări ale claviculelor sau ale altor oase, spaţiile intercostale se văd din cauză că ţesutul celulo-grăsos şi muşchii toracelui sînt slab dezvoltaţi. Mamelele nu sînt de loc dezvoltate.

Abdomenul este plat şi nu prezintă nimic anormal; cicatricea ombilicală normală. N-are hernii inghinale sau crurale. Ganglionii inghinali şi crurali sînt de mărimea unui bob de porumb sau fasole. Organele genitale externe normal conformate; himenul intact.

Examenul funcţional. Temperatura 37—37°,3.

Bolnava manifestă o poftă de mîncare exagerată; funcţiunile digestive sînt normale. Urina este normală.

Aparatul respirator n-are nimic deosebit. Aparatul circulator nu ne relevă la auscultaţia cordului nici un suflu, însă atît la acest examen, cît şi la palparea pulsului radial se percep extrasistole destul de frecvente. Pulsul (100 bătăi pe minut) este slab. Circulaţia sanguină a extremităţilor este defectuoasă, căci mîinile şi picioarele sînt în permanenţă reci, violacee şi transpirate. Nu are menstruaţie. Simţul văzului, este normal, auzul foarte dezvoltat, iar cît priveşte celelalte simţuri nu putem şti nimic. Sensibilitatea tactilă în general şi cea dureroasă sînt normale. Reflexele tendinoase şi cutanate mai importante sînt normale; la fel reflexul faringian. Nu are insuficienţe funcţionale din partea muşchilor; forţa musculară este suficient dezvoltată, fapt pe care-l putem aprecia cu ocazia opunerii îndărătnice ce ne face cînd voim să o examinăm. În general mişcările sînt libere şi se îndeplinesc în mod normal, neexistînd fenomene paretice sau spastice la diferitele segmente mobile ale membrelor. Nu există tremurături. Mersul este aproape normal; bolnava tîrăşte picioarele — ceea ce pare să ţină mai mult de insuficienţa ei psihică, decît de vreo insuficienţă funcţională a muşchilor membrelor inferioare.

Articulaţiile mari şi mici au o laxitate în limitele normale.

Bolnava stă mai mult aşezată la masă unde sînt reuniţi ceilalţi copii bolnavi, de unde nu se ridică decît foarte rar, cînd este silită de cineva; numai în mod excepţional se scoală singură pentru a se duce la latrină. În pat stă în poziţia *„en tailleur"* (turceşte).

Vorbirea. Pacienta n-are nici limbaj mimic, nici limbaj fonic; nu articulează nici o vorbă. Singurele sunete pe care le scoate sînt ţipete ascuţite şi scurte, provocate de cea mai uşoară tentativă de a o atinge spre a o examina.

Starea psihică. Bolnava este liniştită şi se poate spune că nu reacţionează la nici un act ce nu o atinge direct. Docilă, înţelege uneori ce i se spune, vine cînd o chemăm, însă nu este capabilă să execute în mod complet actele sau mişcările comandate. Supunerea aceasta necesită o oarecare insistenţă, dar mai ales, nu trebuie să fie solicitată prin vreo atingere. Imediat ce bolnava este luată de mînă, de exemplu, pentru a fi condusă de noi, sau imediat ce încercăm să o dezbrăcăm, să o pipăim, se smuceşte şi strigă. Uneori, luîndu-i mîna pentru a-i număra pulsul se supune la început şi stă liniştită, însă curînd începe să se mişte şi să se zbată. Iată cîteva acte ce am putut obţine să fie executate de bolnavă: dîndu-i cheile dulapului le ia şi încearcă la întîmplare cu una din chei să descuie, dar nu face mişcări coordonate pentru a putea reuşi; dîndu-i o cutie de chibrituri o răsuceşte pe toate feţele şi se căzneşte să o deschidă, dar apăsînd-o pe deasupra, în loc să apese din laturi; chibritul ce-i dăm încearcă să-l frece de cutie, dar actul rămîne incomplet. Işi ştie numele, căci întoarce capul cînd este strigată. După o oarecare vreme petrecută cu ea devine mai docilă şi nu se mai opune atît de mult la examenul nostru.

În mijlocul bolnavilor nu este agresivă.

Cînd se distribuie pîinea îşi alege bucata cea mai mare; se duce singură să-şi ia apă de băut; mănîncă singură cu lingura. Este incapabilă de a înţelege jocul celorlalţi copii şi ia parte la el fără să aibă aerul a-şi da seama, în mod automat.

Este murdară, îşi face nevoile pe ea şi atunci atrage atenţia infirmierei prin plîns; uneori însă în timpul zilei se duce şi la latrină, dar aceasta se întîmplă rar.

Observaţia a III-a. *M. M.*, zis „chinezul", 22 de ani, romîn, profesia croitor, domiciliul Bucureşti.

Antecedentele eredo-colaterale. Tatăl mort, mama trăieşte sănătoasă. Are o soră institutoare şi un frate la C.F.R. Tatăl divorţase de mama lui şi se călugărise, retrăgîndu-se la mănăstirea Cernica. Are un unchi din partea mamei, care a fost reformat din armată din cauză că era foarte brutal faţă de subalternii săi.

Antecedente personale. A suferit de febră tifoidă şi angină difterică. N-a avut sifilis şi nici o altă boală venerică, a fost bătut în cap de stăpînul său, pînă ce şi-a pierdut cunoş-

țința. După aceasta, alergînd pe stradă și strigînd că a omorît pe stăpînul său, a fost dus la secție și de acolo la Institutul „Caritatea". Este căsătorit, are o fetiță.

Istoricul. Primele simptome au apărut în luna decembrie, anul 1907, în urma traumatismului de mai sus, pentru care a fost adus la ospiciul „Mărcuța", cu diagnosticul de degenerat maniac. După o ședere de cîtva timp în ospiciu a fost eliberat. În anul 1909 s-a dedat la acte violente față de șefii săi din armată, din care cauză a fost reformat și internat în acest ospiciu; după cîtva timp a fost eliberat din nou. Boala lui s-a manifestat iarăși, de astă dată printr-un delir religios. Îmbrăcîndu-se în haine de țîrcovnic, colinda pe străzile orașului și aceasta prin luna ianuarie anul curent; a mai făcut și alte delicte; astfel, a încercat să străpungă pe sergenți cu foarfecele, pentru care a fost închis la închisoarea „Văcărești" de unde a fost internat la Institutul „Caritatea", prin luna aprilie. A fost eliberat de la Institut în luna iulie, și reinternat în luna august de unde ne-a fost trimis aici.

Examenul somatic. Pacientul de statură mijlocie, talia 1,57 m, cu țesutul celulo-adipos, muscular și osos normal dezvoltat; are capul de formă rotundă, acoperit cu un păr des și aspru, îngrijit. Fruntea are aproximativ trei laturi de deget lățime; sprîncenele subțiri și neîmbinate pe linia mediană; ochii au despicăturile palpebrale alungite, dîndu-i pacientului aspectul mongolian; nasul turtit la bază, iar vîrful și nările lărgite. Mustățile abia au început să răsară, barba lipsește cu totul, ici și colo se văd cîteva firișoare de păr. Urechile simetric implantate, pavilioanele depărtate de craniu, lobulul neaderent. Limba are întrucîtva aspectul scrotal. Bolta palatină adîncită, dinții bine implantați, nu-i lipsesc. Pe corp nu prezintă nimic anormal. Prezintă tulburări din punct de vedere al sensibilității dureroase mai ales la mîini; așa, își străbate pielea cu acul, fără a simți durere; sensibilitatea tactilă și termică păstrată. Nu prezintă tulburări din punct de vedere motor. Prezintă tulburări vasomotoare, astfel, nu curge sînge cînd străpungem pielea cu acul. Are dermografism. Reflexele pupilare normale, asemenea și cele cutanate și tendinoase.

Examenul psihic. În prezent bolnavul este bine orientat în timp și spațiu. Atenția și memoria sînt bune. Raționamentul de asemenea bun, afectivitatea bună. Într-un cuvînt toate facultățile mintale — în prezent cel puțin — nu lasă nimic de dorit. Sentimentul pudoarei este păstrat. Nu prezintă tulburări în percepție. Face poezii, mai mult cu caracter obscen, iar în altele are multe fraze împrumutate din alți autori, cărora le dă o nuanță particulară. Este utilizabil, se pretează la orice fel de muncă. Fiind de meserie croitor, face pe la alți bolnavi diferite obiecte (căciuli etc.). Poartă pe piept crucea Maicii Domnului pe care spune că o are de la Sfîntul Munte.



Acestor bolnavi le lipsesc unele caractere întîlnite deseori la mongolieni. Este drept, de altfel, că nici unul din cazurile descrise pînă acum nu a reunit toate caracterele la un loc.

Nu mai revenim asupra importanței unora din semnele considerate ca patognomonice de cîțiva autori; așa ar fi limba scrotală, care credem — cum am mai spus — că nu poate fi considerată ca un semn prea important. Același lucru se poate spune și despre laxitatea anormală a articulațiilor, care atunci cînd există, am văzut că se constată numai la indivizi foarte tineri și dispare treptat cu vîrsta.

Acești trei bolnavi nu sînt de constituție fizică așa de fragilă cum erau pare-se alți mongolieni; talia lor este, în adevăr, mică, dar nu se poate vorbi de acel *nanism mongolian*, semnalat de unii autori; n-au limba scrotală (afară de cazul III); urechile, deși anormal conformate, n-au forma de streașină notată uneori; n-au alterații anatomice sau tulburări funcționale ale globilor oculari; n-au laxitate anormală a articulațiilor; n-au încă menstruație (bolnavele din obs. I-a și a II-a) cum prezintă alte mongoliene.

Totuși acești trei bolnavi au în mod evident înfățișarea curat mongolică. Dar aceasta este singura apropiere care se poate face între ei. În

special din punct de vedere psihic sînt totuşi deosebiţi. Bolnava din observaţia I este susceptibilă de a căpăta puţină educaţie, însă aceasta nu se poate spune şi despre bolnava a doua, care are toate facultăţile mintale foarte reduse.

Bolnavul din observaţia a III-a constituie însă un tip cu totul aparte, atît în raport cu ceilalţi doi bolnavi de mai sus cît şi cu cei prezentaţi de majoritatea autorilor.

Iată concluziile ce putem trage din studiul acestor cazuri :

1) Este greu de stabilit o serie de caractere psihice comune tuturor mongolienilor, fapt care a şi dat naştere, de altfel, la discuţii asupra problemei dacă mongolismul trebuie considerat ca o formă de idioţie sau ca o formă de imbecilitate. Singurul caracter psihic comun rămîne numai *existenţa tulburărilor psihice, fără nici un caracter special*, independent de gradul şi de forma lor.

2) Caracterele fizice ni se par cele mai vrednice de luat în seamă la diferenţierea acestui tip nosologic.

3) În privinţa cauzelor ce ar putea determina producerea *mongolismului* — denumire care credem că trebuie să însemne reunirea unei anomalii psihice oarecare cu semne fizice anumite, mai ales cele ce amintesc faciesul mongolian — nu putem spune nimic nou. Aceasta cu atît mai mult cu cît n-am putut avea date anamnezice suficiente.

Anomaliile dinţilor la toţi bolnavii noştri şi caracterele net heredosifilitice ale nasului şi ale dinţilor bolnavei din observaţia a II-a ar părea că aruncă oarecare lumină în acest sens, dar la un examen mai amănunţit dispare bănuiala pe care aceste semne o fac să se nască în spiritul nostru. În adevăr, constatăm că ele sînt singurele de acest fel şi nimic — fie din partea sistemului osos, fie a celui cutanat, fie din punctul de vedere al dezvoltării fizice, precum şi lipsa oricăror alte stigmate — nu ne îndreptăţeşte să stăruim în ipoteza etiologiei sifilitice.

ПО ПОВОДУ НЕСКОЛЬКИХ СЛУЧАЕВ МОНГОЛИЗМА

(КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ)

Монголизм был описан вначале Д. Лангдон-Дауном как особая форма идиотии, однако впоследствии выяснилось, что при этом заболевании степень психических расстройств может быть различной. Характерными являются соматические особенности больных, придающие им известное сходство с монголами.

У этих больных отмечаются косой разрез глаз, различные глазные поражения (нистагм, косоглазие, катарракта, конъюнктивит), седлообразный нос, изменения ушных раковин, высокий и узкий небный свод, ворсистый или скротальный язык, брахицефалия, расслабленность суставов. Монголизм сочетается иногда с другими врожденными болезнями. С психической точки зрения у этих больных отмечается различной сте-

пени умственная недоразвитость, приветливость, доброта, отсутствие жестокости.

Патологоанатомическое исследование выявляет менингеально-церебральные дегенеративные изменения, вероятно, врожденного характра. При микроскопическом исследовании отмечается поражение главным образом радиальных и тангенциальных волокон.

Прогноз неблагоприятен, так как больные обычно бывают хилыми. У них часто развивается туберкулез. Лечение препаратами щитовидной железы приводит к ликвидации наблюдаемого одновременно гипотиреоза, оказывая лишь весьма незначительное влияние на психику. Иногда дает благоприятные результаты медико-педагогическое лечение.

Описываются 3 случая из собственных наблюдений авторов.

Наблюдение 1. Девочка $15^1/_2$ лет, с соматическими признаками монголизма. Отличается добротой, приветливостью, поддается воспитанию.

Наблюдение 2. Девочка 13 лет, не может говорить, у нее отсутствует даже мимическая речь; совершенно не поддается воспитанию. Диагноз поставлен на основе соматических признаков.

Наблюдение 3. Мужчина 22 лет, портной, страдал религиозным бредом, писал стихи, совершал насильственые действия. Монголоидный вид.

Авторы считают характерным для монголизма главным образом наличие известных соматических признаков и психических расстройств, независимо от их формы и степени проявления. Следовательно, диагноз ставится на основе физического облика больных. Авторы не делают каких-либо определенных утверждений относительно этиологии данной болезни.

SUR QUELQUES CAS DE MONGOLISME

(RÉSUMÉ)

Le mongolisme a d'abord été décrit par J. Langdon Down comme une forme d'idiotie, mais ultérieurement on a observé que les troubles psychiques peuvent être de différents degrés. Les modifications somatitiques des malades qui prennent un aspect mongoloïde sont caractéristiques.

La fente palpébrale est oblique, on remarque différentes altérations oculaires (nystagmus, strabisme, cataracte, conjonctivite), un nez ensellé, des modifications des oreilles, la voûte palatine ogivale, la langue à villosités ou scrotale, une brachycéphalie, une laxité articulaire. Il y a, souvent, des maladies congénitales coexistantes. Au point de vue psychique, les malades présentent un déficit mental inégal, mais sont affectueux, bons, dépourvus de cruauté.

Au point de vue anatomo- pathologique, on trouve des lésions dégénératives méningo-cérébrales, probablement congénitales. Au microscope, ce sont surtout les fibres radiaires et tangentielles qui marquent une altération.

Le pronostic est réservé, les malades étant d'ordinaire débilités. La tuberculose est très fréquente. Le traitement thyroïdien fait disparaître l'hypothyroïdisme coexistant, mais demeure sans grande influence sur le psychisme. Le traitement médico-pédagogique est souvent utile.

On présente trois observations personnelles :

Première observation : fillette de 15 ans et demi, à caractères somatiques mongoloïdes. Bonne, affectueuse, éducable.

Deuxième observation : fillette de 13 ans ; ne parle pas, n'a pas non plus de langage mimique. Totalement inéducable. Le diagnostic a été posé en raison des signes somatiques.

Troisième observation : homme de 22 ans, tailleur, ayant présenté un délire religieux, écrit des vers, a commis des actes de violence. Aspect mongoloïde.

Les auteurs considèrent caractéristique pour le mongolisme notamment la présence de certains caractères somatiques et des troubles psychiques, quel qu'en soit la forme ou le degré. Le diagnostic se fait donc en vertu de l'aspect physique. Les auteurs ne peuvent fournir des précisions sur l'étiologie.

UN CAZ DE IDIOŢIE AMAUROTICĂ TIP TAY-SACHS*

Printre numeroasele forme de idioţie care recunosc cauze şi patogenii foarte diferite, aceea descrisă pentru întîia oară de Tay şi Sachs reprezintă un tip foarte caracteristic şi foarte interesant.

Raritatea relativă a cazurilor şi importanţa chestiunii ne-a determinat să publicăm istoria micului bolnav observat de unul din noi şi consideraţiile pe care ni le sugerează.

Observaţie. În acest caz, primul observat în România, este vorba de un băiat evreu de 14 luni.

Tatăl neagă orice infecţie specifică. Este un muzicant, care pare sănătos. Mama bolnavului este bine dezvoltată; înainte de căsătorie a prezentat fenomene neurastenice, dar astăzi este sănătoasă; s-a îngrăşat. Părinţii ei trăiesc şi sînt sănătoşi. Unul din fraţi a murit de paralizie generală.

Mai are doi fraţi şi o soră de asemenea sănătoşi.

Bolnavul nostru este al doilea copil al familiei. Cel dintîi a venit pe lume mort, la termen, după o sarcină plină de neajunsuri şi o naştere grea. Nu prezenta leziuni cutanate.

Bolnavul de care ne ocupăm în lucrarea de faţă s-a născut la termen, în urma unei sarcini foarte bine suportate. Naşterea a avut loc fără intervenţie, dar copilul s-a născut cu cordonul ombilical încolăcit de două ori în jurul gîtului, ceea ce a întîrziat expulsia cu cîteva minute.

Copilul este bine dezvoltat şi a fost alăptat de mamă. A continuat să se dezvolte normal pînă la vîrsta de 10 sau 11 luni, cînd părinţii au observat că, copilul a început să decline în ceea ce priveşte inteligenţa şi starea somatică.

Aşa de pildă, cînd copilul avea 8 luni, el era atent la ceea ce se petrece în jurul lui, rîdea cînd părinţii se jucau cu el şi urmărea mişcările ce le făcea mama sa cînd cosea. El se juca cu obiectele ce i se dădeau. Începuse să spună cîteva cuvinte, ca, mamă, tată şi altele pe care copiii mici le rostesc la această vîrstă.

Dar încet încet starea copilului a început să se altereze; părinţii au atribuit aceste schimbări mai întîi creşterii dinţilor care a fost foarte anevoioasă. Dar ei remarcară în curînd, că, copilul lor, cu toate că avea deja un an, era nu numai incapabil să facă vreo cîţiva paşi, dar nu putea nici să şadă; doar rostea cele cîteva cuvinte pe care le învăţase.

---

* În colaborare cu M. Goldstein. Publicată în „Revue neurologique", 30 iul. 1909, nr. 14.

Ei au consultat cîţiva medici care i-au prescris băi, un tratament iodurat. Un confrate a vorbit de scleroză cerebrală.

Văzut de unul din noi s-au constatat următoarele :

Este un copil bine dezvoltat pentru vîrsta lui (14 luni). Este mare, cu toate că după spusele părinţilor a slăbit mult în ultimul timp. Capul cam mare, nu prezintă nici o diformitate.

Privirea, fără expresie, este privirea unui amaurotic. Pupilele sînt larg dilatate şi nu reacţionează la lumină.

Pe lîngă aceasta copilul nu face nici o mişcare dacă i se apropie un obiect oarecare de ochi. Numai atunci cînd i se atinge corneea, închide ochii, şi începe adesea să plîngă. Dar tace numaidecît dacă îl ia mamă-sa în braţe.

Dinţii, mici şi rari, au apărut în chip neregulat încît acum maxilarul inferior are patru incisivi, mici, ascuţiţi şi depărtaţi unul de altul, în vreme ce sus prezintă probabil cei doi incisivi laterali, dar atît de distanţaţi că nu s-ar putea afirma cu certitudine dacă sînt incisivi sau canini. Vîrsta copilului ne face să credem că sînt incisivii externi*).

Trunchiul nu prezintă deformaţii rahitice sau de alt ordin. Se observă o stare de flasciditate a muşchilor, mai cu seamă la nivelul cefei şi al regiunii lombare. Copilul ţine capul între umeri şi puţin aplecat pe spate sau sprijinit de pieptul mamei. Gîtul este foarte scurt.

Membrele superioare, cam subţiri în raport cu trunchiul, nu prezintă atitudini anormale în repaos. Dar cînd copilul face mişcări, se observă atetoză sub forma de extensie exagerată a degetelor.

Copilul fiind culcat, se observă că membrele inferioare sînt în extensie, şi picioarele, mai cu seamă cel drept, au poziţia varus ecvin, dar copilul poate să schimbe această poziţie. Cînd voim să o schimbăm noi înşine, el opune o rezistenţă destul de puternică.

Mama îl alăptează încă. Nu pare să fie lacom. Nu prezintă tulburări digestive. Nu poate sta nici în picioare, nici să şadă, fără să fie susţinut. Vederea este pierdută şi copilul are privirea unui amaurotic. Dimpotrivă, auzul este păstrat. Aude zgomotele şi întoarce capul spre partea de unde vin sunetele. Singura jucărie care pare să-l distreze este un clopoţel pe care îl ţine cîtva timp în mînă clătinîndu-l ca să-l facă să sune, şi atunci surîde uneori, ceea ce nu se întîmplă decît foarte rar. Dimpotrivă, ţipă şi plînge cînd nu se simte bine, sau cînd nu-l ţine maică-sa în braţe.

Copilul a fost văzut de un confrate oftalmolog care a avut bunavoinţă să ne înmîneze nota următoare :

„Pupilele în uşoară midriază nu reacţionează la lumină.

Papilele bine delimitate au o culoare albă sidefie, arterele cu volum scăzut. Cele două macule sînt mai roşii decît de obicei. Nimic de notat în restul fundului ochiului pînă la *ora serrata*”.

Copilul prezintă uneori contracţii clonice ale muşchilor faciali şi chiar accese convulsive generalizate.

În rezumat este vorba de un băiat de 14 luni, evreu, normal pînă la vîrsta de 8 luni, dar la care din luna a noua, inteligenţa a început să scadă puţin cîte puţin. Copilul a pierdut noţiunile dobîndite şi nu a cîştigat altele; mişcările i-au devenit anevoioase, musculatura mai flască; în acelaşi timp el a pierdut vederea.

Examenul oftalmoscopic a arătat o atrofie cu aspect sidefiu a papilelor în acelaşi timp cu o corelaţie mai roşie decît de obicei a maculei.

Iată în adevăr tabloul caracteristic al idioţiei familiale amaurotice a lui Tay şi Sachs. Ca şi cazurile acestor autori şi cele deja publicate, bolnavul era normal la naştere şi în primele zile ale vieţii. Dar boala s-a manifestat în curînd pentru a evolua după cum am indicat mai sus.

Ca în majoritatea observaţiilor deja publicate, este vorba de un copil născut din părinţi evrei.

Se găseşte în sfîrşit coloraţia mai roşie a maculei.

---

* Incisivii mediani au apărut de la redactarea acestei observaţii, astfel încît nu mai este acum nici o îndoială în această privinţă.

Observații de idioție amaurotică au fost publicate de mai mulți autori și putem cita aici numele lui T a y și E. S a c h s (1), precum și numele lui H o p k i n s (2), P e t e r s o n (3), H i r s c h (4), K u c h (5), P a t r i c k (6), F r e y (7), B u r n e t t (8), M a r i n a (9), M a s s a l o n g o (10), D. S a c h s (11), L a s a r e f f (12), A p e r t și D u b o i s (13) (14), H i g i e r (15), W e l t — K a k l e s (16), C h. H e r m a n n (17), D r u m o n d (18).

Mai mulți autori au avut prilejul să studieze anatomia patologică a idioției amaurotice și este locul să cităm lucrările lui P e t e r s o n, H i r s c h, H o l d e n (19), F r e y, H i g i e r, D. S a c h s, H o l m e s și P e a r s o n s (20), S c h a f f e r (21), P o y n s o n (22), A l z h e i m e r (citat după Spielmeyer), C o h e n.

Alterațiile consistă într-o tumefacție considerabilă a celulelor nervoase și a prelungirilor ei care iau o formă buloasă. Alterația atinge în primul rînd — după cum au arătat mai cu seamă cercetările lui S c h a f f e r, H o l m e s și P e a r s o n s — substanța interfibrilară. Dar fibrilele se alterează și ele mai tîrziu și se poate observa numeroase degenerescențe secundare (H i g i e r). Pe lîngă acestea, leziunea poate să afecteze toate celulele nervoase ale axului cerebro-spinal și ale ganglionilor nervoși precum și pe ale retinei. Alterația celulelor radiculare explică paraliziile flașce cu atrofia musculară ce se observă în acest sindrom (sau această boală?).

Centrii nervoși nu par alterați, cel puțin din punct de vedere macroscopic, în majoritatea cazurilor. Totuși, P e t e r s o n a găsit într-un caz asimetria lobilor cerebrali și, pe lîngă aceasta, scizura lui Rolando se continua cu aceea a lui Silvius, insula era descoperită și avea circumvoluții atrofiate.

Diagnosticul este destul de ușor dacă ne amintim că este vorba de copii normali la naștere și ale căror funcțiuni psihice, în plină evoluție timp de cîteva luni, au început curînd să decline, pentru a se afunda în cea mai completă idioție. Apoi se pierde și vederea și la examenul oftalmoscopic se găsește pata roșie caracteristică a maculei lutea; apar în sfîrșit tulburări de motilitate cu paralizii adesea flașce și atrofie musculară și acești nenorociți mor de obicei înainte de a împlini trei ani*).

Este vorba, de obicei, de o boală familială, dar se înțelege că prezența unui singur bolnav într-o familie, mai cu seamă cînd este singurul copil ca în cazul nostru, nu exclude nicidecum diagnosticul.

Pe de altă parte, se găsesc idioții familiale care nu țin de tipul Tay - Sachs și care nu prezintă amauroză.

Unul din noi a văzut de curînd mai mulți copii idioți născuți din părinți gușați.

Se găsesc de asemenea idioții amaurotice care n-au nimic comun cu tipul despre care vorbim. Astfel, în cazul lui T a t y și G i r a u d (23) era vorba de o idioată oarbă din naștere ai cărei ochi erau sediul unui dublu glaucom cu dispariția retinei și a cristalinului stîng.

---

*) Subiectul observației noastre a murit de cînd această lucrare a fost trimisă la „Revue neurologique". Din nefericire, necropsia nu s-a putut face.

În cazul publicat de Obregia și Pitulescu (24), era vorba de un idiot prin encefalită, consecutivă unei boli infecțioase și pierderea vederii părea să fie numai în raport cu leziunile cerebrale. Aceste leziuni nu reaminteau de altfel pe acelea ce se găsesc în tipul Tay-Saschs.

Gordon (25) a semnalat o formă de idioție amaurotică de un gen care după D. Sachs (26) nu aparține nici ea acestui tip.

Gordon a descris cazurile a doi copii (frate și soră) idioți cu amauroză. Ambii copii erau obezi. Băiatul, în vîrstă de 9 ani, prezenta și o criptorhidie și polidactilie. Vederea a început să-i scadă la doi ani.

Sora, în vîrstă de 13 ani, a orbit la 3 ani. Ea prezenta o hipertrofie tiroidiană.

Ne putem întreba dacă aceste cazuri nu au o oarecare înrudire cu tipul lui Tay și Sachs și dacă nu este același sindrom ca în cazurile descrise de Higier sub numele de diplegie cerebrală familială pe care Vogt (27) le aproprie de tipul Tay-Sachs.

Dar Spielmeyer (28), care a observat trei cazuri, crede că este vorba de o formă deosebită prin evoluția și leziunile ei.

În adevăr, este vorba pe de o parte de o afecțiune a copilăriei a doua, iar pe de altă parte nu se găsește aspectul caracteristic al fundului ochiului (dar acesta din urmă lipsește în unele cazuri care par a ține cu siguranță de tipul lui Tay-Sachs).

Leziunile diferă prin lipsa tumefacțiilor buloase ale dendritelor, prin infiltrația celulelor de către o substanță mielinoidă etc.

Notăm aici că Huismans (29) este de părere că idioția familială amaurotică nu constitue o boală aparte, părere asupra căreia facem toate rezervele.

Patogenia constituie desigur problema cea mai importantă din capitolul idioției amaurotice.

Sachs, ca și Lasareff, sînt de părere că este vorba de o oprire în dezvoltare. Dar cea mai mare parte din autori cred, cu Holmes și Pearsons, că este vorba de un proces diferit.

Massalongo o aproprie de alte afecțiuni familiale, neurologice, și o privește ca rezultatul unui defect în dezvoltarea sistemului nervos care, începînd de la o vîrstă oarecare, nu ar mai fi în stare să satisfacă necesitățile funcționale ale organismului. Prevotelle (30), în teza sa, împărtășește această părere.

Frey o consideră ca fiind de aceeași natură cu scleroza laterală amiotrofică, a cărei patogenie, de altfel, nu este mai bine cunoscută.

Spielmeyer o consideră ca fiind datorită unui fel de epuizare anormală a sistemului nervos, ca de altfel și în celelalte boli familiale ale acestui sistem.

Cît despre noi, credem că ea se datorește prezenței unei toxine cu acțiune electivă pentru celulele nervoase, sau mai exact unei tulburări specifice în nutriția acestor celule, tulburare care ar putea fi pricinuită prin lipsa unui ferment necesar asimilației și bunei dezvoltări a neuronilor.

Gh. Marinescu — în lecțiile sale clinice — spune că scleroza laterală amiotrofică s-ar putea datora predominării în celulele nervoase

a fermentului autolitic. Dacă apropierea făcută de F r e y ar fi justificată s-ar putea invoca această ipoteză și pentru idioția amaurotică.

Dar Gh. M a r i n e s c u observă cu dreptate că alterațiile sînt mai de grabă de ordin opus în aceste două boli ale sistemului nervos.

În adevăr, în vreme ce în „boala lui Charcot" celulele sînt mici, atrofice, în idioția amaurotică a lui Tay-Saschs ele au un volum crescut, sînt globuloase etc.

După părerea lui M a r i n e s c u, în cea din urmă este o exagerare a endosmozei, pe cînd în prima exosmoza este aceea care este crescută.

În sfîrșit, G o r d o n, care a observat cele două cazuri „similare" cu idioția familială amaurotică, despre care am vorbit mai sus, crede că această formă de idioție ar putea fi în relație cu tulburări ale secrețiilor interne. Astfel, în cazul lui M a c K e e exista o leziune a timusului; în acela al lui P e t e r s o n, alterații suprarenale, în sfîrșit în unul din cazurile lui G o r d o n glanda tiroidă era hipertrofiată și în celălalt caz era nepalpabilă.

Am văzut deja rezervele care trebuie făcute cu privire la cazurile lui Gordon.

Oricum ar fi, sîntem de părere că punctul de vedere al acestui autor merită toată atenția, deși nu trebuie să se piardă din vedere nici faptul că alterațiile glandelor endocrine (tiroidă, timus etc.) pot fi, în unele cazuri secundare unei tulburări generale a mediului intern și al cărei punct de plecare este aiurea (de pildă, o auto-intoxicare, o infecție etc.)

Etiologia idioției familiale amaurotice este încă foarte obscură pînă în prezent. Un punct cîștigat și foarte curios, este că ea se manifestă aproape exclusiv la evrei (61 din 68 de cazuri, după A p e r t și D u b o i s). Totuși se găsesc excepții la această regulă. Așa, de pildă, bolnavul lui P a t r i c k, între alții, nu era de orig'ne evreiască.

Pronosticul acestei boli este foarte grav, căci bolnavii mor pe la vîrsta de 2—3 ani. Totuși B u r n e t t a observat un bolnav de 1½ an, atins de idioție amaurotică, care avusese un frate care a orbit și a murit la 13 luni, iar un alt frate care orbise la 18 luni, se vindecase.

Acest ultim caz tinde să probeze că, în unele împrejurări tulburarea profundă a nutriției celulelor nervoase poate să dispară și echilibrul lor trofic să se restabilească.

Cît despre tratament, el nu este cunoscut pînă în prezent.

Sîntem de părere că trebuie căutat în domeniul terapeuticei biologice.

În ipoteza lipsei unui ferment necesar nutriției celulei nervoase, s-ar putea încerca injecții de seruri normale sau extracte din sistemul nervos provenind de la unele animale tinere și aceasta cu atît mai mult cu cît nu posedăm pînă în prezent nici un mijloc de a stăvili mersul progresiv fatal al acestei boli atît de ciudate.

СЛУЧАЙ АМАВРОТИЧЕСКОЙ ИДИОТИИ ТИПА ТЕЙ-САКСА

(КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ)

Описывается типичный случай амовротической идиотии: подросток 14 лет, который был нормальным в момент рождения и в течение первых лет жизни и у которого впоследствие появились психомоторные расстройства, с прогрессивным течением, а также амавроз.

Исследование глазного дна показывает наличие характерных повреждений (атрофия и перламутровая окраска сосочков и красная окраска желтого пятна).

Это первый случай амавротической идиотии Тей-Сакса, описанный в стране.

В качестве патогенеза признается избирательная интоксикация нервных центров или отсутствие определенного фермента, необходимого для нормального питания нервной клетки.

UN CAS D'IDIOTIE AMAUROTIQUE DE TIPE TAY-SACHS

(RÉSUMÉ)

On présente un cas typique d'idiotie amaurotique : enfant de 14 mois, normal à la naissance et pendant les premiers jours de vie, chez lequel ont apparn ensuite des troubles psychomoteurs, qui se sont progressivement accentués, ainsi qu'une amaurose.

L'examen du fond de l'œil permet d'observer les lésions caractéristiques (atrophie à aspect nacré des papilles et coloration rouge intense de la macula).

C'est le premier cas d'idiotie amaurotique de Tay-Sachs publié en Roumanie.

En tant que mécanisme pathogénique, on admet une intoxication élective des centres nerveux, ou l'absence d'un ferment nécessaire à la nutrition de la cellule nerveuse.

BIBLIOGRAFIE

1. Sachs E., Deutche med. Woch., 20 ian. 1898.
2. John Hopkins, Hospital Bulletin, 1907, vol. XV, nr. 156, p. 94.
3. Peterson, Journal of Nervous and Mental Disease, 1898, nr. 7.
4. Hirsch, Journal of Nervous and Mental Disease, 1898, nr. 7.
5. Kuch, Journal of Nervous and Mental Disease, 1908, nr. 5.

6. Patrick, Journal of Nervous and Mental Disease, 1900, nr. 5.
7. Frey, Neurol. Zentralblatt, 1901, nr. 18.
8. Burnett, Journal of Mental Sciences, 1905, vol. II, nr. 212,
9. Marina, La Pediatria, mar. 1905.
10. Massalongo, Riforma medica, 1907, nr. 29.
11. D. Sachs, Journal of Nervous and Mentale Disease, 1903, nr. 1.
12. Lasareff, Gazette russe médicale, 1907, nr. 1–2.
13. Apert et Dubois, Arch. de médecine des enfants, 1908, nr. 5.
14. Apert, Semaine médicale, 1908, nr. 3.
15. Higier, Neurol. Zentralblatt, 1901, nr. 18.
16. Sara Welt-Kakles, New York Acad. of Medecine, 12 mar. 1908, şi Medical Record, 1 aug. 1908, nr. 1696.
17. Ch. Hermann, Medical Record, 1 aug. 1908, nr. 1696.
18. Drumond, Edinburgh medico-chirurgical Society, 15 mai 1907.
19. Holden, Journal of Nervous and Mental Disease, 1901, nr. 18.
20. Holmes et Pearsons, Brain, apr. 1906, t. XIII.
21. Schaffer, Neurol. Zentralblatt, 1905, nr. 9, 10.
22. Poynson, Brain, 1906, nr. 64.
23. Taty et Giraud, C. R. du Congrès de Pau, 1904.
24. Obregia et Pitulesco, Spitalul, 1908.
25. Gordon, New York Med. Journal, 16 feb. 1907.
26. D. Sachs, New York Med. Journal, 16 feb. 1907, şi 9 mar. 1907.
27. Vogt, Monatschrift für Neurol. und Psychiatrie, p. 151 şi 310, 1905.
28. Spielmeyer, Histologische und Histopathologische Arbeiten, Herausgegeben von Fr. Nissl, t. II, 1908.
29. Huismans, Journal für psychologie und Neurologie, vol. X, fasc. 282–289, 1908.
30. Prevotelle, Teză, Paris, 1906, şi Revue Générale de Banonneix et Brelet, Gazette des Hôpitaux, 1908, nr. 57.

ASUPRA UNUI SINDROM PSIHOENDOCRIN CARACTERIZAT PRINTR-O STARE PARANOIDĂ ŞI TULBURĂRI TIROOVARIENE *

Psihiatria este cu siguranţă ceva mai mult decît psihologia patologică, şi cine poate fi un bun psiholog fără a fi în acelaş timp şi un bun psihiatru?

În adevăr, acesta din urmă nu trebuie să se mulţumească să cunoască numai „sufletul" bolnavului. El trebuie să aibă în vedere organismul în întregimea lui, trebuie să cunoască raporturile care unesc alteraţiile psihice nu numai cu acele ale scoarţei cerebrale, ci — poate mai adesea — cu ale organelor celor mai depărtate.

Toate celulele organismului sînt dirijate în nutriţia lor de constituţia chimică şi fizică a mediului intern — sîngele şi limfa interstiţială. Dar constituţia acestor umori este reglată ea însăşi de funcţionarea glandelor endocrine.

Celulele diferitelor organe, şi printre ele cele ale creierului, se vor resimţi de toate aceste variaţii umorale. Iată un adevăr pe care psihiatrul trebuie să-l aibă necontenit în minte, şi cînd influenţele exogene nu pot lămuri direct geneza tulburărilor, psihice, el trebuie să se gîndească la mecanismul endogen care reglează constituţia mediului intern, adică la glandele endocrine.

Unul din noi a căutat în mai multe lucrări anterioare — ca şi alţi autori de altfel — să arate partea importantă ce o au modificările secreţiilor interne în geneza tulburărilor psihice, ceea ce permite să se vorbească, aşa cum a spus de curînd Münzer, despre o „descentralizare a psihiatriei".

În această ordine de idei, am avut prilejul să observăm mai multe femei suferind de tulburări paranoide şi prezentînd în acelaşi timp feno-

---

* În colaborare cu Gr. Odobescu. Publicată în „L'Encephale", iun. 1914, nr. 6.

mene afective şi somatice, care trezesc numaidecît ideea unor modificări glandulare. O analiză mai adîncită a acestor cazuri ne-a permis să demonstrăm şi să precizăm, cel puţin într-o oarecare măsură, realitatea acestor modificări.

Dăm mai întîi observaţiile a trei cazuri pe care le-am studiat de aproape, arătînd apoi consideraţiile pe care aceste observaţii le ridică, după cît ni se pare, şi concluziile ce decurg din studiul lor.

Observaţia I. *C. D.*, de 32 de ani, necăsătorită, internată la ospiciu „Mărcuţa" (Bucureşti), la 10.III.1909.

Anamneză. Tatăl a murit. Mama, care trăia în momentul cînd bolnava s-a internat, avea un temperament *nervos*. O soră a pacientei a avut manifestări nervoase; dar nici mama nici sora nu au prezentat niciodată tulburări care să poată constitui o psihoză.

Antecedente personale. Ne lipsesc datele precise asupra copilăriei. Nu ştim dacă bolnava a suferit de vreo boală infecţioasă. La antecedenţi nu se găseşte sifilis, nici abuz de alcool. Bolnavei îi plăcea mult să studieze şi a fost, pe cît se pare, o elevă excelentă. A studiat literele la facultăţi străine, şi, în sfîrşit, a fost trimisă în ţară de către una din legaţiile noastre din străinătate, din cauza tulburărilor mintale. Primele tulburări psihice datează de mai bine de nouă ani, şi constau în bănuieli asupra celor dimprejurul ei, idei de persecuţie violente, accese de mînie însoţite de ţipete şi plînsete care ţineau ore întregi etc.

Starea actuală. Examen somatic. Bolnava este de statură mică, 1,49 m, de o constituţie fizică foarte plăpîndă; la examenul simplu nu prezintă anomalii scheletice evidente. Paniculul adipos foarte slab reprezentat; masele musculare sînt flaşce şi de volum foarte redus. Pielea este destinsă, extrem de palidă, dar nu prezintă vreo altă alteraţie patologică. Mucoasele vizibile sînt foarte palide. Părul încărunţit este cam scurt şi nu prea des. Regiunile axilare şi pubiene sînt acoperite de peri destul de abundenţi.

Capul. Diametru antero-posterior : 175 mm; diametrul transvers maxim : 145 mm; diametru antero-posterior metopic : 175 m; curba antero-posterioară : 310 mm; circumferinţa orizontală maximă 555 mm; jumătatea dreaptă : 295 mm; jumătatea stîngă : 260 mm; curba transversă : 315 mm; indice cefalic : 82,85.

Craniul cu o tendinţă spre trohocefalie, este subbrahicefal şi prezintă o uşoară asimetrie. Fruntea, de o lărgime potrivită, prezintă cute orizontale destul de accentuate, dar puţin numeroase.

Trăsăturile feţei sînt destul de fine, dar bolnava pare mai în vîrstă decît este. Arcadele sprîncenoase simetrice; sprîncenele, rare, nu se îmbină pe linia mediană. Ochii prezintă un strabism divergent, globii oculari sînt exoftalmici, pupilele egale. Nasul este drept, de mărime potrivită, fără deviaţie. Gura mai mult mică decît mare, totdeauna închisă şi buzele strînse. Bărbia ascuţită, nu este proeminentă; urechile simetrice, aşezate la acelaşi nivel, de mărime mijlocie şi regulat conformate. Dinţii neregulaţi şi în stare proastă, molarii lipsesc în cea mai mare parte, iar cei rămaşi sînt cariaţi. Bolta palatină este adîncă. Limba, de volum normal, agitată de tremurături uşoare, prezintă şanţuri puţin adînci, care se întind pe aproape oată suprafaţa dorsală a organului.

Gîtul este subţire, lung, şi prezintă o dilatare foarte accentuată a tuturor venelor superficiale. Ganglionii gîtului nu sînt palpabili; corpul tiroid foarte puţin hipertrofiat.

Toracele este îngust, puţin dezvoltat. Spaţiile intercostale sînt foarte aparente, dată fiind dezvoltarea slabă a muşculaturii toracelui şi a ţesutului adipos. Claviculele nu arată la palpare nici o neregularitate la suprafaţă şi nici o asimetrie. Sînii sînt mici, flaşci, mameloanele mici, turtite şi înconjurate de o areolă slab pigmentată şi cu tuberculi puţin proeminenţi. Prin exprimarea mameloanelor nu se obţine nici o scurgere. Glanda mamară nu prezintă, la palparea metodică nimic special, dar volumul ei este foarte redus. Ganglionii axilari nu se palpează.

Abdomenul uşor scobit, iar pielea nu prezintă nimic anormal (vergeturi etc.). Ganglionii din regiunile inghinale şi crurale nu sînt măriţi. Organele genitale externe sînt normale şi himenul este intact.

Membrele sînt bine conformate şi nu se constată nici o deosebire apreciabilă între cele două părţi.

Scheletul este normal şi nici un segment osos nu prezintă neregularităţi sau îngroşări. Muşchii membrelor sînt foarte puţin dezvoltaţi. Mîinile şi picioarele sînt bine proporţionate, am delicate.

Greutatea bolnavei este, în momentul examinării, de 31,800 kg.
Temperatura axilară variază între 36,5 și 36°,7.

Examen funcțional. Examenul vieții vegetative. Bolnava mănîncă de obicei destul de puțin. Acum două luni a refuzat timp de cîteva zile orice hrană solidă sau lichidă. Pofta de mîncare i-a fost provocată încetul cu încetul prin medicamente (tinctură de *nuca vomica*) și prin alimentarea artificială. Bolnava se mulțumește de obicei cu puțin lapte, pe care îl bea în mai multe rînduri, de multe ori se încăpățînează să se hrănească numai cu puțină pîine pe care o înmoaie în apă caldă. Funcțiunile intestinale se efectuează destul de regulat și bolnava ne atrage ea însăși atenția cînd se întîmplă, destul de rar, să nu fie normale. Sfincterele sînt înzestrate cu o elasticitate normală ; bolnava nu pierde niciodată urina nici materiile fecale, pe ea sau în pat. Urina are o reacție ușor alcalină și este puțin abundentă : în medie 400 g în 24 de ore. Nu conține zahăr, și numai o ușoară urmă de albumină. Coeficientul lui Ambard : K= 0,08.

Sîngele. Formula leucocitară este următoarea (%) :

Polinucleare	40
Limfocite	9
Mononucleare mari și mijlocii	49
Eozinofile	2

Cu Pitulescu, am studiat în acest caz, ca și în celelalte două următoare, seroreacția lui Abderhalden pentru fermenții proteolitici specifici și am găsit :

Ser	Reacția	negativă
Ser și tiroidă	,,	puternic pozitivă
Ser și ovar	,,	slab pozitivă
Ser și scoarță cerebrală	,,	negativă.

Aparatul respirator nu prezintă nimic anormal. Căile superioare sînt libere, respirația este superficială, dar fără alte tulburări și se face mai ales pe nas.

Examenul vieții de relație. Bolnava se poate ține pe picioare și poate merge cum trebuie ; nu prezintă semnul lui Romberg.

Forța musculară este foarte redusă : dinamometrul arată 15 pentru mîna dreaptă și 10 pentru stînga ; cu toate acestea nu există paralizie sau insuficiențe funcționale ale mușchilor sau a grupelor musculare. Toate mișcările active sînt posibile și coordonate. Nu are tremurături ale mîinilor. Pupilele reacționează repede la lumină și la acomodare. Principalele reflexe tendinoase există, și au o intensitate normală ; tot astfel și principalele reflexe cutanate. Cercetarea sensibilității este destul de anevoioasă din cauza stării de inhibiție și de mutism care la această bolnavă este aproape o obișnuință. După felul cum reacționează, se poate aprecia sensibilitatea obiectivă superficială și cu multă probabilitate se poate trage concluzia că sensibilitatea cutanată este păstrată pentru toate modurile.

Examenl organelor de simț este foarte greu. Prin deducție se poate presupune totuși că văzul și auzul sînt bune și chiar că mirosul și gustul sînt păstrate și nu sînt pervertite.

Vederea nu prezintă nimic anormal.

Trăsăturile feței sînt de obicei imobile, exprimînd o profundă depresiune și o mare mîhnire. Bolnava nu are ticuri. Uneori iese din starea ei de inhibiție, de nepăsare, pentru a intra într-o stare de neliniște și chiar de mînie neîndreptățită, ceea ce se exprimă mai mult prin fizionomie decît prin vorbe sau prin gesturi de acuzare, care totuși nu sînt excepționale.

Examenul psihic. La început bolnava era foarte bănuitoare ; privea în jurul ei cu neîncredere, ca și cînd s-ar fi păzit. După cîtva timp, stătea de obicei nemișcată pe pat. Îmbrăcămintea ei este în cea mai mare dezordine ; părul despletit și în dezordine. Atenția ca și percepția par ar fi păstrate, dar bolnava nu se supune la un examen mai minuțios. Ea face vădite sforțări pentru a rămîne nepăsătoare la examenele noastre și la întrebările ce-i punem sau se mărginește să ne dea răspunsuri nehotărîte, ca : „poate", „dacă credeți", „știți de sigur, mai bine decît mine, de ce mă întrebați iar?". Uneori răspunde, plîngînd, că pricepe prea bine înțelesul a tot ce i se face : vor să o ucidă, să o maltrateze sau să-și bată pur și simplu joc de ea. Alteori încearcă să ne convingă că actele din dosar privesc pe o altă persoană și că nu poate fi vorba de ea ; sau spune că nu a călătorit, că nu a făcut studii, într-un cuvînt tăgăduiește tot ce a făcut în realitate sau tot ce se refera la ea.

Cînd recunoaște o parte din acțiuni ca fiind în adevăr ale ei, bolnava pretinde că le-a săvîrșit prin sugestie. Dar nu obținem totdeauna răspunsuri, căci starea ei obișnuită este aceea de inhibiție și de mutism.

Raţionamentul este foarte alterat. Vom reproduce ideile exprimate de bolnavă în unele din rarele ei momente de expansiune, păstrîndu-le ordinea şi logica lor. Ea aude toate sugestiile în cugetul ei. De patru ani, trăieşte prin aceste sugestii. S-a încercat prin numeroase dovezi să i se demonstreze că nu face parte din familia ei. Boala se manifestă printr-un somn care o cuprinde brusc. Ea crede în puterea unor ochi care o fixează. Timp de doi ani a avut o apatie şi un somn care ţineau zile întregi. Memoria este intactă, vederea de asemenea. I se pare că i s-ar fi spus că a fost la Roma, dar nu-şi poate aminti imaginea lucrurilor pe care le-ar fi putut vedea acolo. Nu ştie unde se află ; i s-a spus mai întîi că a fost transportată într-o secţie de boli nervoase, dar mai tîrziu, prin sugestii, i s-a spus că este o casă de prostituţie. Tot prin sugestie, poate, a studiat literele. Crede că a fost adormită la Roma. Cu ajutorul oglinzilor, poate ca mijloc de tratament, sau, se pare poate, pentru a o face să sufere. A suferit tot ce se poate suferi (în gînd), iar suferinţa ei era atît de mare, că ar fi luat otravă ca să moară. Poate că cineva i-a făcut rău ; nu ştie dacă există vreo legătură între cel ce i-a făcut rău şi persoana care îi dă sugestii. Ar vrea să ştie dacă ea face parte din membrii familiei sale, dar nu mai iubeşte pe nimeni. Ar vrea să se vindece că să iasă din ospiciu, şi de aceea are încredere în noi. Dar alteori, dimpotrivă, se arată bănuitoare. I s-a spus că se substituie persoanele unele altora, pentru a fi scoase din ospiciu.

Alteori bolnava are violente crize de mînie cu congestia feţei, în cursul cărora manifestă idei de persecuţie şi formulează acuzări mai definite, dar care nu se înlănţuie totdeauna între ele ; atunci ne acuză formal ca fiind nişte răufăcători şi autorii nenorocirii ei, de care totuşi nu pare să-şi dea seama, şi ne adresează epitete puţin măgulitoare. Noi sîntem, zice ea, nişte slugi, nu este vorba aici de „doctori cu diplome" etc. Sînt şi momente cînd bolnava se revoltă că trebuie să se culce în patul de la ospiciu, că trebuie să mănînce etc. Asta „pentru ca să nu se poată spune că a fost îngrijită sau hrănită pe nedrept sau pe spatele celorlalţi" ; sau, „pentru că patul fiind al administraţiei ospiciului, ea nu are nici un drept să se folosească de el". Uneori aceste lucruri îi sînt spuse de ceilalţi bolnavi, dar alteori de „nişte voci" a căror origine îi este necunoscută.

Observaţia a II-a. *A. L. B.*, de 48 de ani. Căsătorită, gospodină, de origine italiană, intrată la 10.VIII.1910.

Anamneză. Tatăl bolnavei a murit, dar nu se ştie nimic mai mult. Mama trăia cînd bolnava a fost internată, şi era sănătoasă. A avut doi fraţi din care unul, de 23 de ani, este sănătos, iar celălalt a murit la vîrsta de un an, în urma unui accident.

Bolnava a suferit, acum 11 ani, de o boală eruptivă — probabil vărsat de vînt. După indicaţiile pe care le avem — nu ar fi suferit de nici o altă boală — nu a abuzat de băuturi alcoolice, a fumat dar cu măsură.

Primele tulburări mintale ar fi început cu trei ani, înainte de a fi internată, prin acte dezordonate, prin certuri violente cu soţul ei, pe care îl acuza că i-ar fi necredincios. Cîteva luni înainte de a fi internată, bolnava a devenit mai irascibilă şi impulsivă, ceea ce a determinat o internare într-un ospiciu local, de unde apoi ne-a fost adusă în aceeaşi stare.

Starea actuală. Bolnava este de statură normală (1,64 m), bine făcută, robustă chiar. La simpla inspecţie, nu prezintă nici un fel de anomalie. Paniculul adipos este destul de bine reprezentat şi muşchii normal dezvoltaţi. Pielea este normală şi în general destul de fină şi roză. Pe faţă are foarte multe ciupituri de vărsat, aproape confluente. Mucoasele vizibile sînt normal colorate. Părul începe a-i încărunţi. Axilele şi regiunea pubiană sînt acoperite cu peri.

Capul. Diametru antero-posterior : 187 mm ; diametru antero-posterior metopic : 187 mm ; diametru transvers maxim : 157 mm ; curba antero-posterioară : 345 mm ; curba transversă (bisupraauriculară) : 325 mm ; circumferinţa orizontală maximă : 595 mm ; jumătatea dreaptă : 295 mm ; jumătatea stîngă : 300 mm ; indicele cefalic : 83,95.

Craniul, net brahicefal, este conformat regulat şi nu are vreo asimetrie accentuată. Epicraniul este acoperit de păr cărunt, destul de rar şi scurt, dar regulat implantat. Faţa este simetrică. Fruntea este largă, şi prezintă cute orizontale destul de numeroase. Sprîncenele sînt rare şi nu se întîlnesc pe linia mediană. Genele, foarte rare, nu sînt aglutinate de nici o secreţie. Deschizătura palpebrală este destul de îngustă, iar pleoapele par umflate din cauza abundenţii de ţesut adipos. Irisul este de culoare albastru închis şi nu prezintă nimic anormal, ca şi corneea de altfel. Pupilele sînt egale şi reacţionează repede la lumină şi acomodare. În jurul ochilor se văd multe cute, mai ales spre tîmple. Nasul este bine proporţionat, regulat şi drept. Gura, cu dimensiuni potrivite, este mai totdeauna întredeschisă, ceea ce se poate explica prin direcţia oblică în jos şi înainte a incisivilor mediani superiori, care-i face proeminenţi, mai ales spre stînga. Bărbia este regulată, fără prognatism. Urechile, neegale, nu sînt

implantate la acelaşi nivel; cea dreaptă este ceva mai mare şi aşezată ceva mai sus decît cea stîngă, conformaţia lor este în general regulată şi lobulul este aderent. Dinţii sînt regulaţi în ceea ce priveşte implantarea, dar nu sînt toţi regulaţi ca direcţie, incizivii mediani superiori fiind, după cum am spus, proeminenţi. În general, dinţii sînt în stare foarte rea, acoperiţi de depozite considerabile de tartru, se clatină, şi mai mulţi molari lipsesc. Gingiile sînt inflamate. Cerul gurii este adînc. Limba, de volum normal, fără tremurături; partea sa dorsală nu prezintă nici o crăpătură. Gîtul nu are nimic anormal; nu există hipertrofie ganglionară, iar corpul tiroid nu are volumul mărit. Toracele este bine dezvoltat. Spaţiile intercostale nu sînt aparente, muşchii şi ţesutul adipos fiind bine reprezentaţi. Claviculele sînt regulate la palpaţie şi au aceeaşi grosime de ambele părţi. Sînii nu prezintă nimic anormal. Volumul ganglionilor axilari nu este mărit. Abdomenul este normal şi pielea nu prezintă nici o alteraţie, afară de „vergeturi". Ganglionii inghinali şi crurali nu sînt hipertrofiaţi. Nimic anormal cu privire la organele genitale. Membrele bine conformate, nu prezintă nimic special şi nu se observă deosebiri apreciabile între ambele părţi.

Bolnava cîntăreşte în momentul examinării 61,700 kg.

Temperatura axilară oscilează între 36,7 şi 36°,9.

Examenul funcţional. Bolnava are poftă de mîncare normală şi funcţiile intestinale sînt foarte regulate. Menstruaţia pare regulată şi destul de abundentă, dar, de la intrarea în serviciu, a lipsit de cîteva ori. Micţiuni normale. Urina are o reacţie uşor acidă, conţine puţină albumină. Nu conţine zahăr.

Cantitatea eliminată în 24 de ore : 750 ml.

Coeficientul lui Ambord : K = 0,15.

Nu are tulburări cardiace; pulsul este destul de puternic, regulat : 72 bătăi pe minut; cînd bolnava se înfurie, se observă bătăile carotidelor. Şaptesprezece respiraţii pe minut.

Sîngele. La examenul formulei leucocitare, dă rezultatele următoare (%):

Polinucleare	49
Limfocite	4
Mononucleare mari şi mijlocii	45
Eozinofile	2

Sero-reacţia lui Abderhalden dă rezultatele următoare :

Ser	Reacţie	negativă
Ser şi tiroidă	„	intens pozitivă
Ser şi scoarţă cerebrală	„	intens pozitivă
Ser şi ovar	„	negativă

Diferitele mişcări se execută normal.

Forţa musculară este păstrată. Dinamometrul arată 25 pentru mîna dreaptă şi 24 pentru cea stîngă. Degetele prezintă o uşoară tremurătură cu ritm mijlociu[1]). Principalele reflexe tendinoase au o intensitate normală. Sensibilitatea obiectivă superficială este normală. Organele de simţ sînt normale. Reflexul pupilar este normal.

Vorbirea nu are nimic anormal în ce priveşte articularea cuvintelor şi debitul, deşi bolnava vorbeşte o altă limbă decît cea maternă.

Faţa bolnavei sperioasă exprimă de obicei puţină nedumerire; trăsăturile sînt mobile. Bolnava nu are ticuri.

Examenul psihic. În momentul internării sale, bolnava era foarte fricoasă, pînă acolo încît fiecare lucru era un motiv de spaimă pentru ea : schimbarea sălii, examinarea, şi mai cu seamă aplicarea craniometrului etc. Funcţiile intelectuale nu erau prea alterate; percepţia era uşoară, dar atenţia nu era întotdeauna bine susţinută; memoria era alterată; există o dismnezie de evocare. Calculul mintal, uneori cam slab. Asociaţia de idei era doar puţin alterată. La întrebările ce i se puneau, bolnava răspundea anevoie, dar răspunsurile ei erau totdeauna juste şi logice, deşi necomplete, necesitînd totdeauna alte întrebări. Se constata o stare de inhibiţie destul de pronunţată. Nu s-au putut nota idei delirante.

Acum bolnava este aproape în aceeaşi stare intelectuală şi psihică. Îi place să se izoleze, nu vorbeşte cu nimeni, numai dacă este provocată. Insistînd mult, se poate obţine un răspuns scurt şi necomplet, însoţit de o negaţie sau de o confirmare în legătură cu ceea ce a fost întrebată. De la sine, bolnava nu exprimă nici o dorinţă, nu cere niciodată nimic; chiar fiind provocată, nu manifestă dorinţa de a vedea pe fiul sau pe soţul ei, sau de a părăsi ospiciul.

---

[1]) În momentul internării, s-a notat că tot corpul era agitat de o uşoară tremurătură foarte perceptibilă şi fină care nu se mai percepe acum.

Totuşi, s-ar putea deduce că bolnava are preocupări lăuntrice, prin izolarea pe care o preferă şi care îi dă prilejul să gesticuleze şi să vorbească singură. O singură dată, am putut să vorbim mai îndelung cu ea, şi atunci ne-a spus o poveste foarte încurcată despre ultimele evenimente înainte de internare. În toată această istorisire, destul de greu de urmărit, există idei de persecuţie, care nu sînt bine sistematizate. Aceste idei se pot rezuma după cum urmează : Principalii persecutori (două sau trei persoane) au acuzat-o de diferite acţiuni pe care totuşi ea nu le-a săvîrşit niciodată, iar aceste persoane trimit totdeauna la ospiciu spioni mai mult sau mai puţin deghizaţi. Pretinsul ei soţ — care de fapt nu ar avea această calitate — este unul din aceşti spioni.

Observaţia a III-a. *M. P. M.*, de 42 de ani, femeie, văduvă.

Anamneză. Părinţii au murit; între ei nu exista nici un grad de rudenie. În zece ani de căsătorie, bolnava n-a avut nici un copil. A fost găsită în stare de vagabondaj, sîcîind autorităţile prin plîngeri continue care nu aveau nici un temei. Din dosarul ei, se vede că bolnava nu este prea instruită, că nu a putut munci niciodată în mod serios, că ducea o viaţă neregulată, fiind fără profesie; nu ar fi abuzat niciodată de băuturi alcoolice; nu i se cunosc alte vicii sau perversiuni. Nu ar fi avut sifilis. Nu se ştie în mod precis data la care s-au arătat primele tulburări mintale.

Starea actuală. Examen somatic. Bolnava este de statură mijlocie, 1,51 m, de constituţie fizică destul de slabă, dar normal dezvoltată. Nu se constată nici o anomalie scheletică, la simpla inspecţie. Ţesutul celulo-adipos, slab prezentat; muşchii sînt puţin dezvoltaţi. Pielea, de coloraţie cafenie, este normală. Regiunile axilare şi pubiană sînt acoperite cu peri destul de abundenţi.

Capul. Diametru antero-posterior : 170 mm ; diametru antero-posterior metopic : 163 mm ; diametru transvers maxim : 145 mm ; curba antero-posterioară : 290 mm ; circumferinţa orizontală maximă : 530 mm ; jumătatea dreaptă : 280 mm ; jumătatea stîngă : 250 mm ; curba transversă (bisupraauriculară) : 293 mm ; indice cefalic : 85,29.

Craniul net brahicefalic, nu prezintă asimetrie evidentă. Proeminenţele frontale şi parietale sînt puţin accentuate şi protuberanţa occipitală externă este aproape ştearsă. Epicraniul este acoperit cu păr cărunt de culoare închisă, destul de des şi de regulat distribuit. Fruntea este de înălţime potrivită şi prezintă cute orizontale bine pronunţate. Sprîncenele, groase, nu se întîlnesc pe linia mediană. Ochii nu au nimic anormal şi pupilele sînt egale. Nasul de dimensiuni normale, este drept. Gura mai de grabă mică, totdeauna închisă, buzele subţiri. Bărbia nu este ieşită în afară. Urechile sînt aşezate la acelaşi nivel; dimensiunile lor sînt mijlocii, regulat conformate, lobulul este aderent. Umerii obrajilor sînt proeminenţi iar obrajii sînt scobiţi. Majoritatea dinţilor lipsesc, iar cei rămaşi sînt deslipiţi de gingii şi acoperiţi de tartru. Limba, de volum normal, nu prezintă nici o alteraţie, dar este agitată de tremurături fibrilare. Bolta palatină este ogivală.

Gîtul nu prezintă nimic anormal; ganglionii sînt hipertrofiaţi, iar corpul tiroid nu se percepe la palpare. În faţa laringelui, se află un nev pigmentat. Toracele este puţin dezvoltat, îngust. Spaţiile intercostale sînt aparente. Claviculele nu prezintă nici o neregularitate. Sînii sînt puţin dezvoltaţi. Ganglionii axilari nu au un volum crescut. Abdomenul nu prezintă nimic anormal. Ganglionii inghinali şi crurali nu sînt palpabili. Organele genitale externe nu au nimic anormal. Membrele sînt bine dezvoltate, fără nici o deosebire marcată între ele. Scheletul nu prezintă nici o neregularitate. Greutatea bolnavei este de 47,600 kg. Temperatura axilară variată între 36,8 şi 37°,1.

Examenul funcţional. Examenul vieţii vegetative. Bolnava nu prea are poftă de mîncare. Se plînge totdeauna de calitatea proastă a bucatelor. Funcţiile intestinale se efectuează normal. Menstruaţia a devenit neregulată de mai bine de doi ani; acum un an bolnava a avut totuşi o ultimă menstruaţie, foarte redusă cantitativ, după o amenoree de 13 luni. Micţiuni normale. Urina este foarte puţin abundentă : 250 ml în 24 de ore, cu reacţie acidă, nu conţine nici zahăr, nici albumină. Coeficientul lui Ambard : K=0,33, aşadar o azotemie foarte pronunţată.

Inima nu prezintă nimic anormal. Pulsul este de 80—86 bătăi pe minut.

Sîngele. Formula leucocitară dă cifrele următoare (%) :

Polinucleare	35
Mononucleare mari şi mijlocii	47
Limfocite	14
Eozinofile	2
Forme de tranziţie	1
Mastzellen	1

Reacţia lui Abderhalden a dat rezultatele următoare :

Ser	Negativ
Ser şi scoarţă cerebrală	Slab pozitiv
Ser şi tiroidă	Intens pozitiv
Ser şi ovar	Slab pozitiv.

Aparatul respirator nu prezintă nimic anormal : respiraţia se face liber, pe nas. Sînt 25—27 mişcări respiratorii pe minut.

Examenul vieţii de relaţie. Bolnava poate să stea în picioare, şi merge în mod normal ; nu există semnul lui Romberg. Forţa musculară este destul de bună, dinamometrul arată 27 pentru mîna dreaptă şi 20 pentru cea stîngă. Toate mişcările active sînt posibile, coordonate. Tot corpul este agitat de tremurături vibratorii care uneori sînt atît de puternice încît chiar patul bolnavei este zgîlţîit. La mîini această tremurătură este mai vădită decît în restul corpului. Tremurătura care se produce simultan în toate segmentele unui membru, se produce uneori şi în fiecare segment separat (degetele mai ales tremură mai totdeauna independent). Principalele reflexe tendinoase există şi sînt mai toate exagerate ; aceeaşi situaţie şi pentru reflexele cutanate. Sensibilitatea obiectivă superficială este normală. Organele de simţ sînt normale. Reflexul pupilelor este normal. Reflexul faringian, normal.

Vorbirea este oarecum scandată, spasmodică. Faţa este puţin mobilă.

Examenul psihic. La începutul şederii ei la ospiciu, bolnava avea un caracter f arte bun şi blînd ; era foarte timidă, abia îndrăznea să se apropie de noi ; emotivă, foarte respectuoasă, pudică. Era liniştită, nu se certa cu nimeni şi, cînd alte bolnave o dojeneau, nu riposta niciodată sau se mulţumea să plîngă. Uneori, chiar lucra. Bolnava povestea îngrijitoarei şi tuturor celor care voiau să o asculte, istoria nedreptăţilor a căror victimă a fost. Avea idei de persecuţie ce caracterizau de altfel, starea ei mintală ; soţul ei i-ar fi risipit averea după divorţul lor (în realitate soţul îi restituise averea pe care ea a irosit-o), ceea ce a determinat-o să adreseze numeroase jalbe la autorităţi împotriva soţului ; o altă serie de reclamaţii le-a adresat împotriva cumpărătorului unui teren care îi aparţinuse ; neprimind răspuns la aceste reclamaţii, ea a dedus că autorităţile au devenit complice cu soţul şi cu ceilalţi duşmani. Pentru a putea dovedi în orice clipă şi oricui nedreptatea ce i se făcuse, ea ducea totdeauna sub braţ un teanc de hîrtii, acte de tot soiul şi copii după reclamaţiile ei.

De atunci bolnava s-a schimbat mult. Acum, este agresivă, foarte violentă, ameninţă şi loveşte cu asprime pe toată lumea, uneori se exprimă în mod foarte trivial. Nu mai lucrează. Ideile s-au schimbat şi ele ; vechile idei de persecuţie s-au risipit aproape complet ; acum ideile de mărire şi bogăţie ocupă primul plan, amestecate uneori cu idei erotice. Pretinde că este supraveghetoare, doctor şef, ceea ce o împinge la violenţe grave contra supraveghetoarei pentru că aceasta îi ocupă locul ei. Pretinde că este trimisă de casa regală, din care zice că face parte ; ar fi de asemenea proprietara unor mari bogăţii etc.. În cursul crizelor de mînie contra celor care o ţin la ospiciu şi o lipsesc de situaţia care i se cuvine, ea îşi arată organele genitale şi spune vorbe de o trivialitate nemaipomenită. Cît despre îmbrăcămintea ei, nu a voit s-o schimbe de cînd a fost internată ; cînd nu a mai fost cu putinţă să o mai poarte, a trebuit să fie înlocuită printr-un costum de spital. Pacienta nu a voit niciodată să primească costumul ce i se oferea, sub cuvînt că nu este bolnavă, ci este medic şi supraveghetoare. După cîteva luni, în care timp a stat dezbrăcată, păstrînd numai cămaşa. i s-au dat alte haine asemănătoare cu ale ei, s-a grăbit să le ia, considerînd acest eveniment ca fiind premergătorul eliberării sale şi al restituirii a tot ce i se luase.

Memoria bolnavei este destul de alterată, atenţia nu poate să fie susţinută îndelung. Ea citeşte cu destulă anevoiuţă (ceea ce se explică prin lipsa ei de instrucţie) şi nu reţine nimic din ceea ce citeşte : calculează foarte prost. Bolnava doarme regulat, n-are visuri, cel puţin mnesice. Nu a avut niciodată halucinaţii.

Observaţiile de mai sus au mai multe puncte comune.

Mai întîi, existenţa delirului de persecuţie, prost sistematizat, precum şi existenţa unei mai irascibilităţi, fenomen care tocmai a orientat, după părerea noastră, delirul spre ideile de persecuţie şi care a avut aşadar partea sa în geneza acestui delir.

Apoi, din punct de vede somatic, existenţa în cele trei cazuri a tulburărilor ovariene, menstruaţia neregulată într-un caz, amenoree în celelalte două.

Irascibilitatea mare ne face să ne gîndim la tulburări tiroidiene asemănătoare cu acelea care se observă în sindromul lui Basedow. De altfel, acest fapt se acordă foarte bine cu tulburările de insuficiență ovariană, dat fiindcă după cum au susținut și demonstrat Blondel, Hertoghe, unul din noi cu Goldstein etc., fenomenele de insuficiență ovariană sînt în mare parte aceleași cu ale hipertiroidizării.

Aceste fapte și considerații ne-au determinat să cercetăm formula leucocitară, presupunînd apriori o analogie ca aceea care se găsește în sindromul lui Basedow, adică o mononucleoză. Faptele au confirmat și de data aceasta așteptarea noastră.

Confirmarea tulburărilor tiroidiene devenea astfel din ce în ce mai evidentă. Cercetarea reacției Abderhalden, care a fost intens pozitivă, în cele trei cazuri, a completat demonstrația.

Această reacție a fost slab pozitivă pentru ovar, numai în două cazuri; pentru scoarța cerebrală intens pozitivă într-un caz și slab pozitivă într-alt caz.

Mai notăm în toate trei cazurile creșterea coeficientului lui Ambard, indicînd o azotemie ușoară într-unul din cazuri, dar destul de pronunțată în celelalte două.

Putem deci trage concluzia că există un sindrom psihoglandular, caracterizat din punct de vedere psihic printr-o mare irascibilitate și idei de persecuție rău sistematizate, iar din punct de vedere somatic prin tulburări ovariene (menstruația neregulată sau amenoree) și mai cu seamă prin tulburări tiroidiene (înroșirea feței, probabil congestia cefalică cu mononucleoză și reacția lui Abderhalden intens pozitivă pentru tiroidă.

În aceste cazuri, după faptele pe care le-am observat se găsește de asemenea o creștere frecventă, chiar constantă, a coeficientului lui Ambard a cărei semnificație precisă pare încă discutabilă.

Reacția lui Abderhalden nu a fost pozitivă decît în două cazuri pentru ovar și tot în două cazuri pentru scoarța cerebrală [1]).

Ultimul fapt vorbește, după cît ni se pare, pentru primitivitatea tulburărilor glandulare, alterațiile cerebrale fiind consecutive. Pe lîngă aceasta, prezența reacției lui Abderhalden pentru scoarța cerebrală ni se pare că ar avea și o semnificație rea din punct de vedere a pronosticului, arătînd existența dezintegrării cerebrale și deci, incurabilitatea probabilă a cazului.

De altfel, din punct de vedere clinic, cazurile observate ni s-a părut că evoluează, mai mult sau mai puțin lent spre demență. Se poate afirma că este demență precoce? Ne-am putea gîndi la forma paranoidă a acesteia, dar sîntem de părere că ar fi mai conform cu realitatea să considerăm aceste cazuri ca formînd un grup aparte, grup asupra căruia voim tocmai să atragem atenția psihiatrilor, ceea ce a motivat publicarea cazurilor noastre și constatările pe care le-am făcut mai sus.

---

[1]) Fauser a constatat cel dintîi că, în demența precoce, reacția este pozitivă mai cu seamă cu glandele genitale și scoarța cerebrală.

ПО ПОВОДУ ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕГОСЯ ПАРАНОИДНЫМ СОСТОЯНИЕМ И ТИРЕО-ОВАРИАЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПСИХО-ЭНДОКРИННОГО СИНДРОМА

(КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ)

Описываются три случая параноидного синдрома со склонностью к развитию слабоумия, прн одновременном наличии явлений овариальной недостаточности и гипертиреоза.

В этих случаях наблюдался плохо систематизированный бред преследования, сильная раздражительность (что и ориентировало бред в сторону идей преследования), а в соматическом отношении, расстройства менструаций (аменорея, нерегулярные менструации) и признаки гипертиреоза.

Психические расстройства рассматриваются как следствие эндокринных нарушений.

SUR UN SYNDROME PSYCHO-ENDOCRINIEN CARACTÉRISÉ PAR UN ÉTAT PARANOÏDE ET DES TROUBLES THYRÉO-OVARIENS

(RÉSUMÉ)

On présente 3 observations de syndromes paranoïdes avec tendance à la démence et présentant, en même temps, des phénomènes d'insuffisance ovarienne et d'hyperthyroïdie.

Dans ces cas, on a remarqué un délire de persécution mal systématisé, une grande irascibilité (fait qui a aiguillé le délire vers l'idée fixe de la persécution) et, au point de vue somatique, des troubles menstruels (aménorrhée, menstruations irrégulières) et hyperthyroïdiens.

Les troubles sont considérés comme étant secondaires aux altérations endocriniennes.

UN CAZ DE MELANCOLIE CU HIPERTROFIE TIROIDIANĂ CONSECUTIVĂ MENOPAUZEI *

Observația următoare ni s-a părut că merită să fie publicată pentru considerațiile ce le poate determina asupra patogeniei melancoliei.

M.A., de 58 de ani, intră în Spitalul Pantelimon, serviciul dr. Turbure, la 23. I. 1906. În antecedentele ereditare, nu găsim nimic important de semnalat. Bolnava are încă un frate sănătos. Menstruată la 13 ani. După o perioadă, menstruația s-a oprit. A intrat în normal la vîrsta de 17 ani. Măritată prima dată la 20 de ani a avut, din această căsătorie, patru copii dintre care numai unul singur mai trăia în momentul internării bolnavei. Ceilalți au murit de mici (între 7 și 10 luni). Nu a avut nici un avort. La vîrsta de 23 de ani, a suferit de rujeolă. Primul soț fiind alcoolic bolnava l-a părăsit, iar mai tîrziu, s-a recăsătorit. Dar nici a doua căsnicie nu a fost mai fericită decît prima. Din a doua căsătorie a avut o fată în vîrstă acum de 23 de ani care este sănătoasă.

La 32 de ani , bolnava a avut febră tifoidă. Menopauza a survenit în preajma vîrstei de 55 de ani. În același timp gîtul a început să i se îngroașe, prezentînd după un timp o adevărată gușă. În urmă cu un an a avut senzația de căldură caracteristică insuficienței ovariene sau hipertiroidismului. Bea multă apă, pentru a lupta împotriva acestei senzații dar, după spusele ei, nu urina mai mult decît de obicei. Nu a observat transpirații exagerate (fenomen frecvent la menopauză).

Tulburările mintale au apărut în urmă cu un an cînd bolnava a început să împartă lucrurile care îi aparțineau. Într-o seară a dus la o vecină obiecte de-ale ei. Pretinde că își dă perfect seama de ceea ce face și că nu avea nici un motiv s-o facă dar nu se putea abține. Nu-și mai poate îndeplini profesia de bucătăreasă, fapt pentru care este concediată.

Internată la Spitalul Pantelimon, s-au constatat următoarele : bolnava, de statură mijlocie, prezintă o dezvoltare medie a țesutului muscular și adipos. Corpul tiroid prezintă o vădită hipertrofie. Nu se constată nici exoftalmie nici alte fenomene oculare. Nu prezintă nici tahicardie evidentă ; totuși pulsul este mai frecvent (86 bătăi pe minut). Nu prezintă senzația valurilor de căldură, nici alte tulburări ale sensibilității subiective și obiective. Reflexele sînt normale. Nu se constată tulburări aparente ale celorlalte organe interne. Digestia pare să se facă destul de bine. Bolnava nu este constipată.

Din punct de vedere psihologic ne găsim în prezența unei bolnave neliniștite, care nu stă mai niciodată în pat, ci se plimbă prin salon și

---

* Publicată în „Revue neurologique", 30 iul. 1906, nr. 14.

pe coridoare. Nu vorbeşte niciodată despre dînsa. Dacă este întrebată, răspunde corect şi se constată că este perfect orientată în timp şi spaţiu. Ştie unde se află, ştie anul, luna în care sîntem, sărbătorile cele mai apropiate (Paştele) etc. Atenţia şi memoria îi sînt destul de bune. Prezintă în schimb tulburări evidente din punct de vedere afectiv. Se simte foarte nenorocită. Vorbeşte cu milă de copiii ei pe care îi crede de asemenea nenorociţi. Declară că în trecut, dacă i s-ar fi întîmplat atîtea nenorociri — să rămînă fără servici, să piardă din lucruri etc. — ar fi vărsat lacrimi, dar acum nu mai poate plînge.

În interpretarea acestor tulburări, se constată idei de vinovăţie, de autoacuzare. Crede că a păcătuit împotriva religiei, şi probabil din această cauză dumnezeu o pedepseşte făcînd-o atît de nenorocită. A fost protestantă şi a trecut la catolicism cînd s-a măritat. Se mai acuză că în tinereţe, atunci cînd se ducea la biserică, se gîndea la alte lucruri, în loc să se închine. Pentru toate aceste păcate — crede ea — o pedepseşte acum dumnezeu.

Cînd este întrebată dacă mănîncă cu poftă, răspunde că nu mai are nevoie să mănînce. Îşi manifestă dorinţa să moară, a făcut şi o vagă încercare de sinucidere.

La 9. V. 1906, dimineaţa, a dispărut din spital, fără a fi observată. A fost găsită în seara de 11.V. într-un loc în apropiere de spital. Prezenta numeroase înţepături de ţînţari. Fiind întrebată pentru ce a fugit, a răspuns că vroia să-şi grăbească moartea. Obiectele care o înconjură sînt cuprinse în ideea sa de ruină; ele se strică din cauza ei. Nu prezintă însă un adevărat delir al persecuţiei, căci după cum am văzut, bolnava găseşte în purtarea ei din trecut, în neîndeplinirea datoriilor religioase, izvorul tuturor suferinţelor sale. E o autoacuzatoare.

Aşadar avem de-a face cu o bolnavă care prezintă un sindrom caracteristic de melancolie. Ideea că nenorociri îngrozitoare se adună asupra ei şi asupra familiei ei, că totul se ruinează în jurul ei, ideea de vinovăţie retrospectivă, încercarea de sinucidere, stabilesc în mod suficient acest diagnostic. Dar se cuvine să precizăm ceva mai mult şi anume semnificaţia nosologiă a acestui sindrom.

Se ştie că melancolia a fost mult timp considerată ca o adevărată entitate morbidă. Într-un recent tratat de psihiatrie, publicat sub direcţia lui Gilbert Ballet (1), o găsim descrisă ca un simplu sindrom.

Distinsul psihiatru german Kraepelin (2), consideră majoritatea cazurilor de melancolie ca simple stări morbide „*Zustände*", ţinînd de psihoza maniaco-depresivă.

Restul cazurilor dacă nu sînt net caracterizate, adică dacă nu este vorba de o simplă formă depresivă a unei alte boli, ca paralizia generală sau demenţa precoce, ţin de melancolia de involuţie.

Sîntem de părere că observaţia de mai sus ar putea fi pusă în legătură cu această ultimă formă de melancolie, ea prezentînd cele mai multe aparenţe de adevăr.

Dezvoltarea lentă, uniformitatea dispoziţiei, îngrijorarea, faptul că bolnava n-a avut alte accese de melancolie sau de tip maniacal şi mai cu seamă faptul că nu a avut acele inhibiţii psihomotoare, atît de carac-

teristice în starea de melancolie, a psihozei maniaco-depresive, tind să confirme părerea noastră.

De sigur că nici unul din simptomele enumerate mai sus, luate separat, nu are valoare patognomonică, dar reunite ele nu sînt lipsite de o reală valoare.

Vom admite, deci, că în cazul nostru este vorba de o melancolie de involuție.

Socotim necesar să discutăm patogenia acestei psihoze, întrucît cazul nostru este poate de natură să aducă în discuție o nouă ipoteză privitoare la acest punct al problemei. Trebuie să ne întrebăm mai întîi dacă între sindromul melancolic și hipertrofia funcției tiroidiene, pe care o găsim la această bolnavă este vorba de o simplă coincidență sau există raporturi mai strînse.

Hipertrofia tiroidiană a apărut o dată cu menopauza, și astfel explicația trebuie căutată în dezechilibrul survenit în funcția acestei glande, prin încetarea activității antagoniste ce i-o opuneau pînă atunci ovarele.

Se știe, în adevăr, că în urma studiilor lui H e r t o g h e, B l o n d e l, precum și în urma celor făcute de mine însumi în colaborare cu G o l d- ș t e i n (3), trebuia admis că, între majoritatea funcțiilor tiroidiene și cele ovariene, există un antagonism vădit. H o e n n i c k e (4) a exprimat de curînd o părere asemănătoare.

Ni se pare că tulburările psihice care au apărut la doi ani după menopauză trebuie puse și ele în legătură cu aceasta.

Faptul că tulburările menționate nu au apărut decît doi ani mai tîrziu, nu ni se pare a contrazice acest fel de a vedea, căci nimic nu dovedește că încetarea funcțiilor ovariene (și noi avem aci în vedere mai cu seamă secreția internă) se produce brusc.

Părerile admise în general sprijină felul nostru de a vedea. Astfel, A n g l a d e și B a l l e t, în *Tratatul de patologie mintală*, spun că menopauza este o epocă de predilecție pentru „liepemanie". K r a e p e l i n spune de asemenea că menopauza ar oferi cel mai bun teren pentru dezvoltarea melancoliei.

Dar ceea ce caracterizează menopauza nu este decît dispariția funcției ovariene. Acestei ultime cauze trebuie să i se atribuie așadar apariția melancoliei. Dar dacă încercăm să pătrundem ceva mai mult ceea ce se petrece în această epocă, constatăm foarte adeseori unele tulburări, ca hipertrofia glandei tiroide, palpitații, accese de căldură, transpirație exagerată, fenomene care, toate dovedesc un sindrom de hiperfuncție a glandei tiroide, începînd cu formele ușoare sau fruste pînă la formele foarte caracteristice.

Așadar, în ultima analiză, ne dăm seama că tulburările morbide care caracterizează menopauza trebuie atribuite unei intoxicări prin produsul secreției tiroidiene (normal, sau poate pervertit în unele cazuri) și nu vedem nici un motiv plauzibil de a considera tulburările psihice ca făcînd excepție de la această regulă.

Iătă deci unul din motivele pentru care credem că în cazul nostru și în multe altele, trebuie să se stabilească un raport de la cauză la efect,

între exagerarea funcției tiroidiene și geneza tulburărilor psihice (Aceasta nu este de altfel singura cauză).

Se știe că într-un oarecare număr de cazuri boala lui Basedow este însoțită de tulburări mintale, mai mult sau mai puțin accentuate.

În cazurile observate de Paul, Noctel, Seglae, Soukhanoff, Austin, Devay, Richardson, Steen etc., aceste tulburări erau reprezentate prin sindromul melancolic, iar în cele constatate de Cane, Savage, Collins se notează tulburări melancolice și agitație maniacală.

Printre tulburările mintale semnalate în boala lui Basedow, cele mai frecvente, după Ball, sînt melancolia și mania.

Joffroy, Buchan insistă asupra frecvenței formelor melancolice și maniacale în boala lui Basedow.

Ambii autori sînt de părere că tulburările menționate fac parte din această boală, iar Devay le atribuie mai precis chiar intoxicării tiroidiene.

Prezența stărilor asemănătoare cu cele notate în cazul nostru, în cazul gușii exoftalmice, constituie un puternic motiv în favoarea părerii pe care o menținem că aceste tulburări se datoresc unei modificări a funcției tiroidiene.

Vom spune în treacăt, precum am mai făcut și într-o lucrare anterioară în colaborare cu Marbé, că frecvența aproape egală a maniei și a melancoliei dezvoltată pe terenul comun al bolii lui Basedow confirmă părerea lui Kreapelin, pentru care cea mai mare parte din cazuri purtînd diagnosticul de manie sau melancolie aparțin uneia și aceleiași boli : psihoza maniaco-depresivă.

Pe de altă parte, această frecvență ne îndeamnă să credem că este posibil ca, în psihoza citată, tulburările să fie în raport cu modificări ale funcției tiroide.

Un alt argument, care după părerea noastră sprijină această ipoteză constă în interpretarea patogenică a melancoliei făcută de unii autori. Astfel, pentru Kraepelin, psihoza maniaco-depresivă pare să fie determinată de tulburări ale metabolismului.

O părere asemănătoare exprimă și autori, ca Stonet.

Or, se știe ce rol considerabil joacă tocmai glanda tiroidă în metabolismul organismului. Părerea autorilor citați, adăugată la constatarea tulburărilor melancolice și maniacale, în cazuri cînd glanda tiroidă poate fi găsită responsabilă de asemenea tulburări ale metabolismului, ne face să credem că este foarte posibil ca tot ea să le producă și în alte cazuri, în care atenția nu e direct îndreptată asupra ei.

Dar un motiv și mai puternic, ce ne face să credem că tiroida trebuie să joace un rol important în dezvoltarea tulburărilor melancolice și maniacale, este frecvența precumpănitoare a acestor tulburări la sexul feminin. După Kraepelin, melancolia de involuție se găsește în 60% din cazuri la femei, și diferența între cele două sexe este evidentă mai cu seamă la menopauză. Conform aceluiași autor nu numai în această formă de melancolie, ci și în psihoza maniaco-depresivă, proporția femeilor devine în general încă și mai mare, reprezentînd două treimi din totalul cazurilor.

După G a r n i e r (citat după (1)), diferenţa este şi mai însemnată. Numitul autor găseşte la 1 000 de alienaţi bărbaţi, 37 cazuri de melancolie în timp ce pentru acelaşi număr de femei alienate găseşte 150 de cazuri de melancolie.

Această repartiţie a frecvenţei pe sexe este încă caracteristică şi altor boli cum este cazul guşii exoftalmice şi mai cu seamă al mixedemului.

Pentru toate aceste motive, admitem că, în cazul nostru, tulburările mintale trebuie puse în legătură cu modificările funcţiei tiroidiene şi (aşa cum am făcut cu M a r b é, în lucrarea citată) vom formula ipoteza că tiroida joacă un rol important în geneza multor cazuri de melancolie (poate cel mai mare) şi psihoză maniaco-depresivă.

Această ipoteză, dacă va fi confirmată prin cercetări ulterioare, va fi în măsură, poate, să ne ducă la o terapeutică patogenică a melancoliei şi a psihozei maniaco-depresive. Se cuvine să reamintim aici că G a u t h i e r (din Charolles) (5) într-o excelentă lucrare despre tratamentele tiroidiene, citează un caz de melancolie vindecat prin acest tratament.

СЛУЧАЙ МЕЛАНХОЛИИ С ГИПЕРТРОФИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

(КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ)

Автор описывает типичный случай инволюционной меланхолии. Обсуждается вопрос, является ли гипертрофия щитовидной железы простым совпадением или имеет связь с меланхолией. В пользу второго предположения говорит тот факт, что во время менопаузы, которая представляет собой благоприятную почву для меланхолии, наблюдаются такие явления, как гипертрофия щитовидной железы, сердцебиение, приливы крови к голове, выраженная потливость, которые можно истолковать в смысле гиперфункции щитовидной железы. Следовательно, инволюционная меланхолия развивается на той же почве, как в вышеописанном случае.

О наличии известной связи между поражением щитовидной железы и меланхолией говорят также психические расстройства, наблюдаемые при базедовом синдроме, представленные главным образом меланхолией или манией. Более частая встречаемость случаев меланхолии так же, как и заболеваний щитовидной железы среди женщин, представляет собой другой довод, подкрепляющий вышеизложенное предположение. Связь мании с меланхолией и частая встречаемость в климактерическом периоде обоих психозов при базедовой болезни заставляет автора придти к заключению, что щитовидная железа играет патогенетическую роль также и в развитии маниакально-депрессивного психоза.

UN CAS DE MÉLANCOLIE AVEC HYPERTROPHIE THYROÏDIENNE SURVENUE APRÈS LA MÉNOPAUSE

(RÉSUMÉ)

L'auteur présente un cas typique de mélacolie d'involution. On discute si l'hypertrophie thyroïdienne est une simple coïncidence ou si elle est en connexion avec la mélancolie. En faveur de cette deuxième hypothèse vient plaider l'apparition à la ménopause — terrain de prédilection de la mélancolie — d'une série de phénomènes, tels : l'hypertrophie thyroïdienne, les palpitations, les bouffées de chaleur, les transpirations abondantes, qui peuvent être interprétés comme expression d'une hyperfonction thyroïdienne. C'est donc sur un tel terrain qu'évolue, comme dans le cas précédent, la mélancolie d'involution.

Les troubles mentaux du syndrome de Basedow, représentés surtout par la mélancolie ou la manie, plaident également pour une connexité entre l'altération thyroïdienne et la mélancolie. La fréquence beaucoup plus grande chez la femme, des cas de mélancolie, ainsi que des maladies thyroïdiennes, doit être interprétée en ce même sens. Les rapports entre la manie et la mélancolie, la fréquence des deux psychoses chez les basedowiens, incitent l'auteur à considérer qe la glande thyroïde joue certain rôle dans la pathogénie de la psychose maniaco-dépressive.

BIBLIOGRAFIE

1. Ballet Gilbert, *Traité de pathologie mentale*, 1903.
2. Kraepelin, *Psichiatrie*, 1904, vol. II.
3. C. I. Parhon și Goldstein, *Despre existența unui antagonism între funcționarea ovarului și aceea a corpului tiroid.* (Société de Biologie, 28 feb. 1903), Archives générales de médecine, ian. 1905.
4. Hoennike, *Über das Wesen der Osteomalacie*, Halle, Marhold, 1905.
5. G. Gauthier, *Les Médications thyroïdiennes*, Paris.

STARE PSIHASTENICĂ SURVENITĂ LA O FATĂ EPILEPTICĂ SUPUSĂ TRATAMENTULUI TIROIDIAN, STARE CARE A DISPĂRUT LA ÎNCETAREA TRATAMENTULUI ȘI A REAPĂRUT LA RELUAREA LUI*

Observația de mai jos ne pare foarte interesantă din mai multe puncte de vedere.

Mai întîi, ea ridică chestiunea psihozelor sau cel puțin a tulburărilor psihice de origine tiroidiană și pare să arunce o oarecare lumină asupra acestei probleme.

Ea pune de asemenea în evidență posibilitatea intervenției, a unor modificări de ordin chimic survenite în organism, în patogenia stărilor psihastenice, fapt a căror cunoaștere nu este fără importanță din punct de vedere al tratamentului acestor stări.

În sfîrșit, ridică problema, nu mai puțin importantă, a raporturilor dintre epilepsie și psihastenie.

Redăm întîi observația bolnavei, pentru a discuta apoi diferitele puncte enumerate mai sus.

O b s e r v a ț i e. Este cazul unei fete de 13 ani al cărei tată, care a abuzat de alcool, prezintă fenomene neurastenice, mai ales cefalalgii. Mama bolnavei este foarte slabă.

Un frate al bolnavei ar fi prezentat, între 14 și 17 ani, accese identice cu cele de care suferă ea, accese care ar fi încetat în urma unui tratament în sanatoriul din Chemnitz. Alți doi frați ai bolnavei nu prezintă nimic anormal.

Afecțiunea bolnavei ar fi început pe la 10 ani. În 1906, a fost operată de vegetații adenoide, ceea ce n-a influențat de altfel cu nimic evoluția ulterioară a bolii.

Este o fată cam prea dezvoltată pentru vîrsta ei. De altfel, menstruația a început destul de devreme (la 11 ani); ține 3 — 5 zile, și de obicei se repetă regulat, cu toate că uneori intervalele sînt de 5 — 6 săptămîni, iar alteori numai de 3 săptămîni.

Bolnava a fost văzută de unul din noi pentru prima oară cam cu trei ani în urmă și i s-a prescris atunci un tratament cu bromură.

Sub influența unor doze cam mari de bromură, accesele au devenit mai rare. În schimb, se observă că fetița prezintă o oarecare apatie; este leneșă, își învață rău lecțiile, s-ar zice că îi scade memoria.

* În colaborare cu M. G o l d s t e i n. Publicată în „Revue neurologique", 1908, nr. 1.

Nefiind mulţumiţi de aceste rezultate, şi avînd în vedere că bolnava prezenta vegetaţii adenoide, care pentru Hertoghe sînt indiciul unei deficienţe tiroidiene, ne-am hotărît să încercăm opoterapia tiroidiană. Fata a început acest tratament la 14 septembrie luînd în fiecare zi o linguriţă dintr-o maceraţie glicerinată de corp tiroid, doză echivalentă cu 1 g de glandă proaspătă.

Corpul tiroid, examinat chiar în acea zi, este mărit, dar de consistenţă moale, chiar flască; pulsul 90 bătăi pe minut.

18 septembrie. Unul din noi revede bolnava. În intervalul de la 14 septembrie la 18 septembrie, ea a avut menstruaţia, care nu a prezentat nimic anormal; 78 pulsaţii pe minut. Se sporeşte doza de corp tiroid (2 linguriţe pe zi). Unul din noi o revede la 22 septembrie şi o găseşte slăbită; 110 pulsaţii pe minut.

28 septembrie. Este încă şi mai slăbită; 120 pulsaţii pe minut.

1 octombrie. Uşoară ascensiune febrilă. A avut o absenţă, este indispusă. Pulsul este mic şi tot frecvent. Se opreşte tratamentul.

4 octombrie. Bolnava a slăbit într-atît încît a trebuit să i se strîmteze îmbrăcămintea; 90 pulsaţii pe minut. Se reia tratamentul, dar cu mai puţin de o linguriţă din maceraţia glicerinată de corp tiroid.

8 octombrie. 86 pulsaţii pe minut. Bolnava s-a mai îngrăşat ceva. Părinţii au observat că este mult mai vioaie, învaţă mai uşor, este mai activă. Somnul şi pofta de mîncare sînt mai bune.

17 octombrie. 78 pulsaţii pe minut. Starea generală bună.

26 octombrie. O absenţă şi două scurte accese convulsive din care unul cu muşcarea limbii şi emisiunea cîtorva picături de urină. Reia doza de o linguriţă pe zi, pe care o suportă acum foarte bine, fără să slăbească sau să prezinte o accelerare simţitoare a pulsului.

Tratamentul se întrerupe în fiecare lună în timpul menstruaţiei.

Sub influenţa acestui tratament, se observă o scădere vădită a acceselor, a căror durată este mai scurtă. În timpul tratamentului intens cu bromură, a avut 20 accese convulsive în interval de 57 de zile, iar în 91 de zile de tratament tiroidian, n-a avut decît 15 accese. Accesele au scăzut deci la mai mult de jumătate.

În martie 1907, după un tratament tiroidian de aproape 6 luni, se observă anumite tulburări psihice. Bolnava este prost dispusă, uneori nu vrea să iasă din casă. Alteori este morocănoasă, tristă. Apoi se mai observă şi apariţia unei stări psihastenice din cele mai caracteristice. Prezintă fobii şi obsesii. Se teme să nu fie otrăvită, şi de aceea îi este frică să mănînce. Mai are obsesia murdăriei, ceea ce o face să se spele pe mîini cu săpun pînă la 40 de ori pe zi şi chiar de mai multe ori. Se întreabă, cu grijă, dacă cutare sau cutare din cunoştinţele ei are sau nu o inimă în corp şi o chestionează pe maică-sa asupra acestor lucruri. Este obsedată de ideea că nu o mai iubeşte pe mama ei şi simte nevoia să-i spună acest lucru; cînd nenorocita mamă o întreabă de ce nu tace, bolnava răspunde că se simte uşurată că i-a spus-o.

Este destinderea caracteristică stării de îngrijorare ce însoţeşte orice obsesie.

La 28 aprilie se suspendă opoterapia tiroidiană timp de 5 săptămîni şi se aplică bolnavei un simplu tratament cu băi călduţe.

Toate tulburările psihice dispar, chiar bolnava rîde de faptul că putea fi chinuită de „astfel de prostii".

La 8 iunie, se reîncepe tratamentul tiroidian cu o jumătate de linguriţă în fiecare, zi, şi după cîteva zile ideile obsedante reîncep. Bolnava din nou se spală mereu şi prezintă idei ca cele mai sus citate.

Totuşi aceste tulburări sînt mai puţin intense decît întîia oară.

Iată în ce stare se afla bolnava, cînd unul din noi a văzut-o ultima dată, la 24 iunie. Mama sa pune ea însăşi întrebarea dacă nu există un raport între tulburările psihice manifestate de bolnavă şi tratamentul tiroidian, întrucît acestea au reapărut la cîteva zile după ce s-a reînceput tratamentul; întrebare justificată şi pe care o vom discuta mai jos.

În rezumat, este vorba de o tînără fată avînd, după cît se pare, o oarecare predispoziţie ereditară şi la care, în cursul unui tratament tiroidian, a apărut o stare de psihastenie din cele mai caracteristice, care dispare o dată cu încetarea tratamentului tiroidian şi reapare cu reluarea lui.

Ce interpretare se poate da acestui caz care ni se pare din cele mai interesante?

Vom discuta aici diversele probleme ce le-am indicat la începutul lucrării noastre.

Influența glandei tiroide asupra dezvoltării și echilibrului psihic este un fapt pe care nimeni nu-l mai poate tăgădui astăzi.

Istoria mixedemului îl dovedește cu prisosință.

Dar dacă deficitul glandei tiroide determină modificări psihice, pot face același lucru perversiunea secreției acestei glande și hipertiroidizarea.

Această chestiune a fost discutată mai cu seamă în legătură cu tulburările mintale din boala lui Basedow, și unul din noi a avut ocazia să spună asupra acestui fapt cîteva cuvinte în două lucrări anterioare (1), din care una în colaborare cu Marbé (2)[1]).

Se știe că autorii nu sînt de acord asupra problemei patogeniei acestor tulburări.

Raymond și Sérieux, a căror autoritate în materie de neurologie și psihiatrie este din cele mai meritate, au pus tulburările mintale ale bolii, sau mai bine zis ale sindromului lui Basedow, pe seama degenerescenții, iar Dromard și Levassort au susținut de curînd aceeași teză. Alți autori au susținut ideea unei relații de la cauză la efect între sindromul lui Basedow și tulburările mintale. Se cuvine să cităm aici pe Clarke, Joffroy, Duchan, Austin, Devay, Renaut, Biros, Sainton (5) (cel puțin pentru unele cazuri), Parhon și Marbé etc., și autorii care au apărat acest ultim punct de vedere, cel puțin aceia ale căror lucrări sînt mai recente și care s-au gîndit mai ales la un fel de intoxicare printr-o secreție tiroidiană pervertită sau produsă în cantitate exagerată.

Aceste două păreri nu sînt de altfel de neîmpăcat și după cum în patologia infecțioasă am greși dacă am lua în considerație numai microbul sau numai terenul, tot astfel și în psihiatrie ar fi o greșeală să nu ne

---

[1]) În lucrarea citată, unul din noi, cu Marbé, izbit de frecventa coexistentă a maniei și melancoliei cu sindromul lui Basedow, a formulat ipoteza că psihoza maniaco-depresivă, sau cel puțin unele cazuri de manie sau melancolie, pot avea drept cauză o perturbare în funcțiile glandei tiroide.

În recentul și de altfel foarte interesantul său raport, Anthéaume (3) spune, în treacăt, cîteva cuvinte despre această ipoteză. Din nenorocire însă, el schimbă complet felul de a gîndi al autorilor. El afirmă : „Parhon și Marbé, au insinuat de curînd că insuficiența tiroidiană ar putea juca un rol în determinismul maniei și al melancoliei, ceea ce de altfel nu se potrivește cu eșecul tratamentului tiroidian, încercat în aceste cazuri de multă vreme".

Iată, pe de altă parte, textual, ceea ce unul din noi și Marbé au scris : „Dacă ne raportăm la patogenia lui Basedow, am fi ispitiți să facem o legătură mai curînd între o *exagerare* sau o *perversiune* a funcției tiroidiene și unele cazuri de manie și melancolie". Se vede deci că nu este nicăieri vorba, în această ipoteză, de o *insuficiență* tiroidiană. Ipoteza noastră nu se acordă deci chiar așa de rău, cum vrea să spună Anthéaume cu eșecul tratamentului tiroidian încercat în aceste cazuri.

De altfel, dacă se consultă foarte interesanta lucrare a lui Amaldi (4) despre tiroida alienaților, ne putem convinge ușor că eșecul nu a fost constant și că în cazuri destul de numeroase, tratamentul a fost aplicat cu succes ceea ce amintește succesele asemănătoare obținute în unele cazuri de sindrom al lui Basedow.

ocupăm decît de teren sau numai de un factor toxic endogen sau exogen.

În fiecare fenomen morbid, este absolut necesar să se ia în considerație în același timp agentul patogen, terenul asupra căruia acesta lucrează și felul cum acesta răspunde la acțiunea agentului patogen.

Chestiunea terenului este foarte complexă de altfel și una din problemele cele mai importante ale patologiei generale este aceea de a încerca să se analizeze în ce constă el.

De pe acum, ni se pare cert că tulburările glandelor endocrine joacă, în această chestiune, un rol din cele mai importante și vorbind numai de degenerescență, vom aminti rolul important al glandei tiroide sau al hipofizei în unele stări care se clasează în capitolul lung și cam elastic al degenerescenței (ne gîndim la infantilism și la gigantism).

Nu este imposibil ca în unele cazuri de sindrom Basedow cu tulburări psihice și degenerescență, totalitatea acestor fenomene morbide să fie în funcție de o tulburare primitivă în secreția tiroidiană, după cum a observat unul din noi în lucrarea sa cu Marbé (2).

Oricum ar fi, ne pare cert că opoterapia tiroidiană, prescrisă în doze cam prea mari, poate produce, în unele cazuri, chiar în lipsa unui teren degenerativ evident, tulburări psihice vădite. Cazurile lui Boinet și Ferrarini, pe care unul din noi le-a rezumat în lucrarea mai sus citată, dovedesc acest lucru în mod suficient.

Dar ideile obsedante și fobiile pot oare să se ivească sub influența aceleiași cauze?

Cazul nostru, primul de acest gen, credem, aduce pe cît ni se pare, un sprijin serios unui asemenea mod de a vedea. În adevăr, am văzut că aceste tulburări psihice au apărut în cursul tratamentului tiroidian și nu se poate să nu ne izbească faptul că ele au încetat prin întreruperea tratamentului, reîncepînd o dată cu reluarea lui.

Așadar, pînă la proba contrarie, credem că în cazul nostru, tratamentul tiroidian a avut un rol important în determinarea stării psihastenice.

Dar nici nu vom uita că acest tratament a lucrat pe un teren bolnav, care poate fi considerat drept degenerativ. Cazul nostru ne pare deci de natură să împace cele două păreri exprimate mai sus cu privire la tulburările psihice ale gușii exoftalmice.

Ar fi desigur, foarte interesant să avem noțiuni mai precise despre ceea ce, în diferite cazuri, constituie variabilitatea terenurilor. Din nenorocire, pînă în prezent, cunoștințele noastre sînt prea rudimentare din acest punct de vedere.

Același caz al nostru ne îndeamnă să credem că deși ținem suficient seamă de teren, intoxicarea tiroidiană nu poate totuși să nu aibă un rol în producerea stărilor fobice sau obsedante, observate în unele cazuri ale sindromului Basedow, ca cele raportate de Solbrig, Boetteau Parhon și Marbé. Pe bună dreptate, Sainton fixează acestei categorii de tulburări psihice un loc aparte printre alterările mintale întîlnite în sindromul lui Basedow.

Cazul nostru arată încă o dată rolul considerabil al glandei tiroide în echilibrul psihic, și sîntem de părere, cu Lévi și Rotschild (6) că unele stări de „nervozism" trebuie apropiate de sindroamele basedowiene fruste și că în unele, ca și în celelalte, trebuie să ne gîndim la starea corpului tiroid.

Observația noastră este de natură să atragă atenția asupra acestui fapt important că tulburările psihice din stările psihastenice au la temelia lor modificări în condițiile chimice și probabil fizice ale organismului.

Acest fapt reiese de altfel limpede și din importantele lucrări pe care Pierre Janet (7), Pitres și Régis (8) le-au consacrat problemei obsesiilor.

Tratamentul psihoterapic al psihonevrozelor a cîștigat, pe drept, multă încredere. Dar să nu uităm că acest tratament nu constituie totul și că modificările psihice, chiar cele de ordin superior, au la baza lor fenomene fizico-chimice care se petrec în intimitatea celulelor nervoase, în celelalte țesuturi, în umorile organismului etc.

Starea organismului, în general, se traduce în psihismul nostru prin acel gen de colorit afectiv numit cenestezie și care determină în mare parte, orientarea proceselor noastre psihologice.

Aceste considerații ni se par bine venite, cînd este vorba de tratamentul stărilor psihastenice, și medicul va face psihoterapie, bineînțeles, dar nu va uita să se intereseze de starea în care se află organismul bolnavului, de funcțiile diferitelor organe și mai cu seamă de cele care exercită un rol important asupra fenomenelor metabolice (de exemplu secreția glandei tiroide).

Am spus că în cazul nostru trebuie să se țină seamă, în aceeași măsură, de intervenția secreției tiroidiene cît și de terenul asupra căruia aceasta își exercită acțiunea.

De aici se naște discuția asupra raporturilor ce ar putea să existe între epilepsie și psihastenie.

Ne putem întreba dacă nu cumva tocmai terenul epileptic este cel care a înlesnit, în acest caz, dezvoltarea stării de fobie și obsesie, și unele fapte ne îndeamnă să credem că probabil așa este.

Adevărul este că Mickle ca și Pitres și Régis (8), tind mai curînd să facă din epilepsie un fenomen deosebit de stările de obsesie. Dar această opoziție nu pare absolută.

Astfel, Marinescu și Sérieux (9) au insistat asupra coexistenții frecvente a acestor stări patologice, și Pierre Janet (7), în foarte interesanta sa lucrare despre psihastenie și obsesii, a scos în relief foarte bine raporturile existente între aceste tulburări și epilepsie. Pentru numitul autor — părerea lui este întemeiată pe studiul faptelor clinice foarte demonstrative — între aceste două boli există ceva comun; simptomele lor sînt învecinate și cu ușurință unele pot să se transforme în celelalte. Acest element comun, ar fi, pentru el, scăderea, tensiunii psihologice.

În adevărata epilepsie, această scădere este enormă; suprimarea conștiinței este totală, toate forțele ce trebuiau folosite la producerea acestei conștiințe se pierd în convulsiile întregului corp. În starea psihastenică, scăderea este mult mai mică, dar există totuși, o cădere a con-

ştiinţei, ceea ce determină sentimentele ciudate ale bolnavilor, îndoielile şi temerile lor.

Aceasta înseamnă că, dintr-un punct de vedere, stările psihastenice reprezintă o tulburare de aceeaşi natură cu epilepsia, dar de un grad mai mic. B e c h t e r e v a descris crize de anxietate fără pierderea conştiinţei şi fără ameţeli, ivite la epileptici, în mijlocul acţiunilor obişnuite şi înlocuind tot mai mult pe acestea din urmă. J a n e t consideră însă anxietatea ca un fenomen psihastenic. Acesta din urmă a văzut forma inversă, adică îngrijorarea şi ideile obsedante, ducînd la adevărate accese de epilepsie.

Ne putem deci întreba dacă, în cazul nostru, apariţia fobiilor şi obsesiilor nu trebuie privită ca un fel de degradare a epilepsiei sub influenţa tratamentului tiroidian.

În adevăr, am putut constata că epilepsia s-a ameliorat simţitor sub influenţa acestui tratament.

Se mai poate discuta încă în ce mod, prin ce mecanism, opoterapia tiroidiană a adus ameliorarea epilepsiei.

B a s t i n (10) a observat mai mulţi bolnavi suferind de epilepsie cu accese bruşte repetate, cu toată ingestia zilnică a unor doze mari de bromură.

Aceşti bolnavi aveau o guşă mai mult sau mai puţin pronunţată. Pentru numitul autor, lipsa sau calitatea proastă a secreţiei tiroidiene este în stare să declanşeze o epilepsie latentă, tot atît de bine ca şi un toxic. El semnalează, ca şi H e r t o g h e, faptul că epilepsia se regăseşte foarte adesea în ereditatea mixedematoasă.

Prescrierea de 0,50—1 g de iodotirină ducea la bolnavii lui B a s t i n la suprimarea crizelor, sau cel puţin acestea deveneau mai rare, ca şi în cazul nostru, în care am notat de asemenea o creştere de volum a glandei tiroide.

În astfel de cazuri se poate admite că secreţia tiroidiană este insuficientă sau anormală şi că tratamentul oferea organismului substanţa de care ducea lipsă.

Dar în ce mod lucrează această substanţă?

Unul din noi a arătat cu P a p i n i a n (11) că glanda tiroidă exercită o acţiune importantă asupra asimilării calciului. Dar cercetările lui S a b a t t a n i (12), (13), R o n c o r n i (14), R e g o l i, N e t t e r (15), precum şi acelea făcute de unul din noi în colaborare cu U r e c h i a, arată că acest element exercită o acţiune sedativă asupra sistemului nervos, iar S i l v e s t r i (16) a susţinut că unele stări convulsive ar fi în raport cu o sărăcire a sistemului nervos în calciu. Aşadar, este foarte posibil ca în asemenea cazuri acţiunea glandei tiroide să se datoreze în totul sau în parte unei mai bune utilizări a calciului.

Mai putem admite o altă posibilitate, aceea a unei oarecare insuficienţe paratiroidiene, în unele cazuri de epilepsie, posibilitate asupra căreia au insistat L u n d b o r g (17) V a s s a l e (18), M a r i n e s c u (19). În această ipoteză, trebuie să ne întrebăm dacă glanda tiroidă nu a lucrat prin mijlocirea substanţei paratiroidiene, care trebuie să se afle mai totdeauna în diversele preparate opoterapice tiroidiene?

Această ultimă ipoteză nu pare de loc în dezacord cu precedenta, căci este foarte posibil ca paratiroidele să intervină şi ele în asimilarea calciului în sistemul nervos. Aşa fiind, se cuvine să cităm aici constatările lui Robert Quest (citat după (15)) care, analizînd creierul din punct de vedere al calciului şi sodiului în trei cazuri de tetanie, a găsit o pronunţată scădere a calciului şi o urcare a raportului calciu/sodiu, element care după părerea lui Netter trebuie considerat ca un antagonist al calciului.

Am menţionat aceste ipoteze pentru că ele par de natură să sugereze noi cercetări. Fireşte, noi nu voim să le atribuim o valoare mai mare decît aceea pe care o au.

Astfel fiind lucrurile, cazul raportat de noi ni s-a părut destul de interesant spre a merita să fie cunoscut.

ПСИХАСТЕНИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ, РАЗВИВШЕЕСЯ У ДЕВОЧКИ-ЭПИЛЕПТИЧКИ, ПОДВЕРГНУТОЙ ЛЕЧЕНИЮ ПРЕПАРАТАМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ПРЕКРАТИВШЕЕСЯ ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ ЛЕЧЕНИЯ И СНОВА НАСТУПИВШЕЕ ПРИ ЕГО ВОЗОБНОВЛЕНИИ

(КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ)

Авторы описывают свои наблюдения над одной 13-летней эпилептичкой, у которой после почти 6-месячного непрерывного лечения препаратами щитовидной железы появились психастеиические расстройства. Вольиая боялась быть отравленной и поэтому отказывалась от пищи. У нее появилась навязчивая идея чистоплотности, вследствие чего она мыла руки мылом до 40 раз в день. Больную тревожил вопрос о том, имеет ли тот или иной из ее знакомых сердце в груди. Ее мучила навязчивая идея, что она более не любит свою мать, причем она чувствовала облегчение, признаваясь в этом матери. Эти расстройства исчезли после прекращения лечения и снова появились при его возобновлении.

Вполне очевидно, что эти расстройства находились в определенной связи с лечением препаратами щитовидной железы и что данный случай помогает объяснить аналогичные состояния, наблюдавшиеся при базедовой болезни и описанные Сольбригом, Борто, Пархоном и Марбэ.

Эпилептическая почва могла способствовать в данном случае развитию психастенического состояния. Отмечается также, что лечение тиреоидиыми препаратами привело к улучшению в смысле судорожных припадков, и обсуждается механизм этого влияния. Допускается, что препарат щитовидной железы играет известную роль в обмене кальция, который является элементом, оказывающим успокаивающее действие, или что это лечение подействовало вследствие наличия паращитовидного вещества в препарате щитовидной железы.

ÉTAT PSYCHASTHÉNIQUE SURVENU CHEZ UNE FILLE ÉPILEPTIQUE APRÈS LE TRAITEMENT THYROÏDIEN, DISPARAISSANT AVEC LA SUPPRESSION DE CE DERNIER ET RÉAPPARAISSANT AVEC LE TRAITEMENT

(RÉSUMÉ)

Les auteurs présentent l'observation d'une malade épileptique de 13 ans chez laquelle, au bout de presque 6 mois de traitement thyroïdien continu, des troubles psychastheniques ont apparu. La malade craignait d'être empoisonnée et refusait les aliments. Elle avait l'obsession de la saleté et se lavait jusqu'à 40 fois par jour. Elle se demandait avec anxiéte si le thorax des personnes qu'elle connaissait contenait ou non un cœur. Elle était obsédée par l'idée qu'elle n'aimait plus sa mére, mais se sentait soulagée lorsqu'elle le lui disait. Ces troubles ont disparu lorsque le traitement a cessé et ont recommencé lors de sa reprise.

Il est évident que ces troubles n'ont pas été étrangers au traitement thyroïdien et que ce cas contribue à l'explication des états similaires décrits par Solberg, Borteau, Parhon et Marbé dans le syndrome de Basedow.

Le terrain épileptique a pu favoriser l'apparition de l'état psychasthénique. On relève enfin que la traitement thyroïdien a produit une amélioration des crises convulsives et on discute le mécanisme de cette action. Elle pourrait intervenir dans le métabolisme du calcium, qui est un élément sédatif, ou elle pourrait s'effectuer par la substance parathyroïdienne contenue dans la thyroïde.

BIBLIOGRAFIE

1. C. I. Parhon, *Un caz de melancolie cu hipertrofia tiroidiană în urma menopauzei,* Revue néurologique, 1906, nr. 14.
2. C. I. Parhon și S. Marbé, *Contribuție la studiul tulburărilor mintale în boala luĭ Basedow,* L'encéphale, 1906, nr. 5.
3. Anthéaume, *Les psychoses périodiques,* Congrès de Genève, Lausanne, aug. 1907.
4. Amaldi, *La ghiandola tiroide negli alienati,* Riv. sperimentale di freniatria, 1897, fasc. 2.
5. P. Sainton, *Les troubles psychiques dans les altérations des glandes à sécrétion interne,* L'encéphale, 1906, nr. 3 et 4.
6. Lévi et Rotschild, *Études sur la physiopathologie du corps thyroïde et de l'hypophyse,* Paris, 1908.
7. Pierre Janet, *Les obsessions et la psychiatrie,* Paris, 1903.
8. Pitres et Régis, *Obsessions et impulsions* (Bibliothèque de psychologie expérimentale).
9. Marinescu et Sérieux, *Pathogénie et traitement de l'épilepsie,* 1895.
10. Bastin, Congrès de Bruxelles, 1903.

11. P a r h o n ş i P a p i n i a n, *Rolul corpului tiroid şi al ovarului în asimilarea şi dezasimilarea calciului*, Romînia medicală, 1904, nr. 11, 12.
12. S a b a t t a n i, *Importanza del calcio che trovasi nelle corteccia orchale*, Riv. sperimentale di freniatria,
13. — *Calcio negli epilettici*, Arch. di psichiatria, 1902.
14. R o n c o r n i, *Alcune experienze intorno all'azione dell' calcio della corteccia cerebrale*, Riv. sperimentale di freniatria, 1902.
15. N e t t e r, *Importance biologique du Calcium* (Extrase din comunicările asupra acestui subiect, la Societatea de pediatrie, biologie şi medicină internă a Spitalului, 21, nov. 1905 — 19 apr. 1907).
16. S i l v e s t r i, Gazetta degli ospedali, 1906.
17. L u n d b o r g, *Spielen die Glandulae Parathyroidea in dem menschlichen Pathologie eine Rolle*, Deutsche Zeitsch. Für Nervenheilkunde, 1904.
18. V a s s a l e, *Le traitement de l'Éclampsie gravidique par la parathyroïdine et considérations sur la physio-pathologie des glandes parathyroïdes*. Arch. ital. de Biol., t. XLIII, fasc. 2.
19. M a r i n e s c u, Săptămîna medicală, 1905.

CONTRIBUŢII LA STUDIUL OBEZITĂŢII PARALITICILOR GENERALI*

Tulburările de nutriţie în psihoze şi în paralizia generală mai cu seamă, sînt un fenomen foarte frecvent, şi autorii semnalează în trecere obezitatea sau slăbirea paraliticilor.

Totuşi această problemă nu a fost studiată în mod special, deşi merită o atenţie deosebită. În adevăr, problema obezităţii paraliticilor interesează sub un dublu aspect. Ea pune întîi problema mecanismului acestei tulburări şi legăturile acestui mecanism cu cele ale obezităţilor observate în alte împrejurări şi apoi raporturile obezităţii cu însăşi paralizia generală. Din acest punct de vedere vom aminti că Kraepelin consideră boala lui Bayle drept o tulburare generală a nutriţiei avînd unele analogii cu mixedemul, acromegalia, diabetul etc.

Deoarece am avut ocazia să observăm de curînd patru cazuri de obezitate în paralizia generală, am găsit că este bine să redăm observaţiile cazurilor, cu atît mai mult cu cît în unul din aceste cazuri am putut să facem examenul necropsic şi să studiem glandele endocrine, aceşti mari regulatori ai nutriţiei generale. Bineînţeles, nu avem pretenţia de a epuiza problema. Dorim mai degrabă să atragem din nou atenţia asupra importanţei sale şi să încercăm să cercetăm mecanismul care conduce la producerea acestei tulburări trofice generale cît şi legătura cu boala despre care vorbim.

Redăm mai întîi foile de observaţie ale bolnavilor noştri (în rezumat).

Observaţia. I. *A. M.*, de 35 de ani, căsătorită. Părinţii bolnavei, precum şi fratele şi sora ei nu mai trăiesc, dar bolnava nu poate preciza cauza încetării lor din viaţă.

Bolnava noastră nu ar fi avut sifilis (dar această informaţie nu prezintă toată certitudinea). Ea a făcut mare uz de alcool. Nu a avut decît un singur copil, care a murit la două săptămîni de la naştere. Bolnava a urmat patru clase elementare.

---

* În colaborare cu Al. Obregia şi C. Urechia. Publicată în „Nouvelle iconographie de la Salpêtrière", nov. dec. 1913, nr. 6.

Primele tulburări psihice s-au ivit în luna mai 1911 printr-o stare de somnolență.
Apoi a devenit foarte irascibilă, țipa, își rupea hainele, alerga după copii.
Aceste tulburări au determinat internarea ei.
La ospiciu am fost izbiți din punct de vedere somatic de obezitatea bolnavei. Greutatea ei era de 97,500 kg.
Statura : 1,483 m. Circumferința abdominală maximă : 1,17 m.
Grăsimea infiltrează mai cu seamă regiunea abdominală care este destinsă, proeminentă și în același timp lăsată în jos înaintea pubisului. Mamelele cad de asemenea.
În regiunea dorsală, infiltrația grăsoasă determină formarea a trei cute, din care una transversală trece dintr-o parte în cealaltă deasupra crestelor iliace, iar celelalte două ocupă regiunea postero-laterală a toracelui.
Fața bolnavei este buhăită, rotunjită, deschizăturile palpebrale sînt reduse din cauza infiltrației pleoapelor. Nasul este puțin turtit. Se notează prezența unei duble bărbii.
Mai notăm încă, din punct de vedere somatic, o ușoară tremurătură a degetelor și exagerarea reflexelor rotuliene. Nu se găsesc tulburări pupilare pronunțate.
Examenul lichidului cefalorahidian a arătat prezența globulinelor precum și 10 — 12 limfocite într-un cîmp microscopic.
Din punct de vedere psihic, se constată un oarecare grad de euforie, cu delir de mărire absurd. Va cumpăra 400 bobine de ață, ca să lucreze, sau 20 kg de carne pentru ca să gătească de mîncare soțului. Dezorientată în timp și spațiu. Slăbire pronunțată a memoriei.
Sentimentul pudoarei nu este păstrat, bolnava se dezbracă și păstrează atitudini indecente. Uneori rîde fără nici un motiv. Gatoasă.
Pofta de mîncare și somnul sînt bune.

Observația a II-a. *V. G.*, de 46 de ani, funcționar la vamă. Căsătorit. Internat la 16. II. 1911.
Părinții lui nu mai trăiesc. Mama a fost tuberculoasă. Ei au avut 12 copii din care trăiesc numai 4 (din care unul este bolnavul nostru).
Bolnavul a avut varicelă în copilărie. La 15 ani a avut o infecție sifilitică și blenoragie. Acum șapte ani, a suferit și de o paralizie facială.
În 1907, bolnavul — după propriile sale declarații — era excitat, nu putea dormi, era mereu ostenit și inteligența lui părea scăzută, ceea ce l-a hotărît să intre într-un spital, unde urmează un tratament specific. Cu toate că s-a simțit mai bine și putea să-și continuie slujba, el cerea să i se verifice lucrările căci observase chiar el o slăbire a memoriei și posibilitatea de a face erori în lucrări. Cu o lună înainte de a se fi internat, i s-a făcut o injecție de arsenobenzol care ar fi produs o ușoară ameliorare, de scurtă durată în orice caz, căci puțin mai tîrziu el începu să-și amenințe soția și copiii că-i va ucide, ceea ce a impus internarea lui.
La intrarea în serviciu s-a notat că țesutul celulo-adipos și țesutul muscular erau *relativ dezvoltate.*
S-a mai semnalat inegalitatea pupilară cu pierderea reflexului la lumină, o oarecare atonie din partea dreaptă a feței, aderența lobulilor urechilor, cicatrice de varicelă pe nas.
Îngroșarea claviculelor. Mai notăm că membrele superioare sînt prea scurte, extremitatea lor digitală atingînd cu greu pliul inghinal. Reflexele ahiliene și rotuliene, abolite.
Din punct de vedere psihic, nu s-au notat decît idei de persecuție ; el își acuza soția de necredință și de a-l fi internat pe el ca să poată trăi cu alții. Mai acuza și pe comisarul de poliție că l-ar fi maltratat, și voia să-i intenteze proces. Dar trebuie observat că aceste idei de persecuție au fost precedate de un delir de mărire absurd cu tulburări psihice mult mai importante. Unul din noi (Obregia (1)) a văzut pe bolnav (în oraș) în timp ce prezenta această stare. Numai după o oarecare ameliorare, au început să se manifeste ideile de persecuție.
Din acest punct de vedere, bolnavul noastru reprezintă un exemplu de tulburare psihică pe care unul din noi l-a descris sub numele de paranoism metaparalitic, termen indicînd lipsa de sistematizare a delirului ce amintește pe al paranoicilor fără să-l simuleze complet, precum și apariția lui în urma unei ameliorări a celor mai frecvente simptome paralitice. S-a mai observat și o ușoară scădere a memoriei.
Puncția lombară, efectuată la 3 zile de la internare a dat reacții pozitive.

La 5 sau 6 zile după internare, bolnavul a devenit irascibil; înjură pe cei ce vin în contact cu el. Urinează în scuipători și în ceștile de apă.
Se dezbracă complet și vrea să-și spele rufele și ciorapii în vasele spitalului. Insomnie.

Iese ameliorat la 27. III. 1911 şi revine la 4 noiembrie, acelaşi an. Acum bolnavul răspunde cu anevoinţă la întrebările ce i se pun, refuză alimentele. Slăbire considerabilă a funcţiunilor psihice. Dezorientare completă în timp şi spaţiu. Dizartrie. Vorbe incoerente. Tremurătura mîinilor, a limbii, a muşchilor feţei.

Urmează de la 9. XI la 16. XII. 1911 un tratament bibromurat de mercur, 2 cg la două zile.

15 februarie. Bolnavul vorbeşte ceva mai mult, memoria pare mai bună, este mai bine orientat. Bulimie. A început să se îngraşe.

În august, greutatea bolnavului era de 97 kg. Statura : 1,68 m. Circumferinţa periabdominală : 1,175 m. Bolnavul a prezentat la ospiciu mai multe pierderi de cunoştinţă urmate de convulsii.

Observaţia a III-a. *J. R.*, de 45 de ani, primit la ospiciu în ziua de 20. VI. 1911. Tatăl bolnavului a murit, dar nu cunoaştem cauza morţii. Mama este sănătoasă. Nu ştim dacă bolnavul a avut sifilis. Are o fetiţă de 6 ani. Este văduv. Primele tulburări mintale s-au manifestat cu doi ani înainte de internare.

La ospiciu s-a notat ca fenomene somatice că faţa pare infiltrată, infiltraţie mai cu seamă accentuată la pleoape şi amintind pe a mixedemului. Ţesutul adipos al trunchiului şi al membrelor, mai dezvoltat decît în stare normală, acoperă reliefurile musculare şi dă membrelor forme rotunjite, amintind pe cele feminine. Sistemul pilos al feţei este bine dezvoltat. Inegalitate pupilară cu scădere pronunţată a reflexului la lumină.

Tremurături la nivelul muşchilor faciali, limbii şi degetelor. Dizartrie pronunţată. Greutatea bolnavului : 72 kg. Din punct de vedere psihic se constată o stare de demenţă simplă fără fenomene delirante. Se mai notează pe lîngă acestea o bulimie accentuată, bolnavul mănîncă tot ce i se dă şi culege toate fărîmiturile de pîine, mîncîndu-le cu lăcomie.

Observaţia a IV-a. În observaţia a patra, este vorba de un bolnav (*A.P.*), în vîrstă de 42 de ani, care a suferit o infecţie sifilitică cu 15 ani mai înainte. A făcut uz de alcool.

Soţia lui nu a avut copii.

Boala s-a manifestat în chip vădit în 1900. Bolnavul a devenit violent. Voia să-şi sugrume nevasta.

La ospiciu s-a notat că bolnavul este de o *constituţie mediocră*. Se mai semnalează încă aderenţa lobulilor urechilor, tremurul mîinilor şi al limbii, scăderea reflexelor pupilare. O cicatrice în şanţul balano-prepuţial.

Din punct de vedere psihic, se observă că bolnavul este destul de bine orientat, memoria, atenţia nu prezintă o slăbire notabilă. Calculul mintal este destul de bun. Se observă idei delirante de mărire. Bolnavul, avocat în provincie, se crede pe punctul de a deveni ministru. Are obiceiul să-şi scrie memoriile şi spune că memoriile sale sînt mai bine redactate decît ale lui Carol I etc.

Cu tot tratamentul specific (injecţii cu calomel) starea bolnavului se agravează. Pe lîngă aceasta, el începe să se îngraşe, pe măsură ce starea psihică declină. A avut de mai multe ori accese convulsive.

Bolnavul moare. La necropsie s-a notat lungimea corpului de 165 cm ; s-a constatat că ţesutul adipos subcutanat este foarte bogat dezvoltat pe toată suprafaţa corpului. S-a observat acelaşi lucru în ce priveşte ţesutul adipos al epiplonului şi mezenterului. Sistemul pilos abundent dezvoltat mai cu seamă în regiunea toracică.

Encefalul : 1370 g. Aorta prezintă numeroase plăci ateromatoase.

Corpul tiroid : 25 g (fixat în formol sol. 10%).

Ficatul : 1465 g ; ţesutul conjunctiv pare mărit, consistenţa este de asemenea mai mare decît cea normală.

Splina (125 g) nu pare alterată. Cele două suprarenale : 18 g. Cea stîngă pare mărită de volum şi pe suprafaţa ei se observă mici noduli galbeni-portocalii aparţinînd substanţei corticale. Substanţa corticală şi medulară pe secţiuni pare normală. Rinichiul stîng : 180 g, cel drept : 155 g. Ambii prezintă o vascularizare evidentă (rinichi vasoparalitici).

Pancreasul (80 g) este înconjurat de o bogată masă adipoasă. Cele două testicule : 50 g, un mic chist în epididim. Mucoasa vezicală foarte congestionată. Prostata : 32 g.

Paniculul adipos atinge pe faţa anterioară a coapsei grosimea de 3,5 cm.

Artera femurală prezintă numeroase plăci de aterom.

Oasele sînt bine dezvoltate ; canalul medular nu este mărit şi măduva pare normală.

Dăm acum examenul microscopic al organelor :

Tiroida este formată din foliculi de dimensiuni variabile, un număr oarecare fiind dilataţi, dar cea mai mare parte avînd dimensiuni mijlocii sau mici. Toţi aceşti foliculi conţin coloid cu reacţii tinctoriale normale în marea lor majoritate. Se găsesc însă şi foliculi al căror conţinut este hematoxilinofil, sau blocuri din această substanţă în masa de coloid eozinofil. Într-un mare număr de foliculi, celulele sînt turtite, prezentînd chiar pe alocuri o aparenţă endotelioidă. Coloraţia cu scharlach arată granulaţii lipoidice de o abundenţă mijlocie în cea mai mare parte din foliculi ; în alţii însă, aceste granulaţii sînt foarte abundente. În unii foliculi se găsesc şi celule descuamate din care o bună parte conţin granulaţii lipoidice în număr foarte mare. Ţesutul conjunctiv este puţin abundent şi fără scleroză. Nu am găsit canale limfatice pline cu substanţă coloidă.

Paratiroidele conţin multe vezicule adipoase. În însăşi substanţa paratiroidiană se găsesc celule din care unele au o structură reticulată ; altele conţin fine granulaţii eozinofile nu prea numeroase ; în sfîrşit, în altele, protoplasma este mai degrabă cromofobă.

Hipofiza este reprezentată prin celule mari şi frumoase din care cea mai mare parte de tipul eozinofil, cu granulaţii. Celulele cromofobe al căror corp celular este mai redus nu sînt nici ele foarte rare. În multe celule, coloraţia cu scharlach arată numeroase granulaţii lipoidice. În altele, aceste granulaţii sînt mai puţin abundente dar mai voluminoase. Substanţa coloidă, în formaţiunile de tip folicular, este puţin abundentă, excepţie făcînd regiunea de unire a lobului epitelial şi nervos. Mai notăm o bogată vascularizare a organului, cu ectazia capilarelor.

Capsulele suprarenale arată un strat glomerular ale cărui limite înspre stratul fasciculat nu sînt totdeauna clare. În acesta din urmă, se găsesc în mai multe locuri porţiuni care par să continue stratul precedent, sărace în granulaţii lipoidice, ca şi celulele stratului glomerular din regiunea învecinată. Se găsesc totuşi şi regiuni ale acesteia din urmă unde lipoizii sînt destul de abundenţi.

În porţiunea cea mai internă a regiunii fasciculate şi în cea reticulată, lipoizii, în granulaţii sau picături, sînt foarte abundenţi. Coloraţia granulaţiilor — cu scharlach — este net roşie în regiunea fasciculată, şi roşie-castanie în regiunea reticulată.

Zona medulară este bine reprezentată, formată din celule în care se pot observa fine granulaţii fixînd slab hematoxilina (secţiuni la microtom de congelare) şi puţine granulaţii colorabile cu scharlach.

Testiculele. Coloraţia cu scharlach-hematoxilină arată că glanda interstiţială este bine reprezentată şi celulele ei bogate în granulaţii lipoidice. Aşadar, această glandă prezintă o aparenţă normală.

În ce priveşte tubii seminiferi, se găsesc granulaţii lipoidice mai cu seamă în celulele stratului întîi. Coloraţia cu hematoxilină-eozină arată că unii tubi conţin celule descuamate.

În alţii se găsesc celule aşezate în straturi. Dar nucleii celulari sînt săraci în cromatină, cariochinezele sînt rare şi spermatogeneza excepţională.

Ficatul arată numeroase focare de infiltraţie celulară, cu limfocite. Între aceste celule, se văd celule hepatice atrofiate. Dar în afară de aceste focare, celulele hepatice sînt bine conservate. Se mai observă o ectazie capilară (ficat vaso-paralitic).

Rinichiul nu prezintă alteraţii pronunţate. Totuşi coloraţia cu scharlach arată o mare abundenţă de granulaţii lipoidice în celulele tubilor colectori precum şi în ale tubilor drepţi. Nu se găsesc granulaţii — sau sînt puţin numeroase — în tubii contorţi. Totuşi celulele acestora din urmă au fixat de asemenea, slab şi omogen, coloraţia cu scharlach luînd o uşoară nuanţă portocalie.

Pancreasul prezintă o scleroză de grad mijlociu. Acinii precum şi insulele lui Langerhans nu prezintă nimic special.

După cum am spus, cea mai mare parte din autorii de tratate de psihiatrie au notat posibilitatea obezităţii, sau dimpotrivă o slăbire pronunţată, în paralizia generală. Totuşi fenomenul nu a fost studiat mai de aproape.

Nerman (2) a publicat un caz curios în care în timpul evoluţiei paraliziei generale, vreo douăsprezece lipoame mari s-au dezvoltat pe corpul bolnavului.

Acest caz arată că supraîncărcarea adipoasă în boala lui Bayle poate să se manifeste nu numai sub forma difuză dar şi sub forma circumscrisă, amintind pe aceea întîlnită în multe cazuri de adipoză dureroasă.

În aceasta din urmă, există tendința de a invoca o patologie glandulară și este interesant de examinat și din acest punct de vedere cazurile de paralizie generală cu obezitate.

Dar nici din acest punct de vedere nu găsim în literatura medicală o documentare suficientă.

În lucrarea pe care unul din noi (3) a consacrat-o raporturilor glandelor endocrine cu patologia mintală, se găsește observația unui paralitic obez, la necropsia căruia s-a găsit un nodul adenomatos mare cît un sîmbure de cireașă în capsula suprarenală, nodul de origine corticală. Ambele capsule cîntăreau 10 g. Tiroida cîntărea 36 g. Cele două testicule 30 g, splina 164 g.

Tiroida prezenta foliculi dilatați bogați în substanță coloidă și din care un număr oarecare prezentau celule turtite cu aspect endotelioid, în timp ce în alți foliculi celulele par mai degrabă în stare hiperfuncțională. S-a notat de asemenea și un mic chist de dimensiunile unui bob de linte.

În suprarenală s-a notat mai ales aspectul spongiocitar al majorității celulelor corticalei. Pe lîngă aceasta, există cîteva ectazii capilare. Pigmentul nu era abundent.

Capsula adenomatoasă păstrată aparte, a fost pierdută și examenul histologic nu s-a putut practica. În orice caz s-a notat microscopic abundența de substanțe lipoidice.

Pe lîngă aspectul vasoparalitic, rinichii prezentau procese de scleroză.

Splina era puternic vascularizată și prezenta chiar hemoragii.

În acest caz ne putem foarte bine gîndi la o obezitate cu patogenie glandulară sau mai exact, pluriglandulară. În adevăr, cele două testicule nu cîntăreau decît 30 g, în loc de 40 g (greutatea lor mijlocie normală). Din nefericire nu s-a făcut studiul lor microscopic. În orice caz, ne putem gîndi la un oarecare grad de insuficiență testiculară și se știe că aceasta din urmă poate constitui o cauză de obezitate.

Apoi starea adenomatoasă a uneia din capsule — mai cu seamă asociată cu alți factori — trebuie de asemenea să fie luată în considerație, căci A p e r t a notat obezitatea în simptomatologia tulburărilor în raport cu tumorile corticalei suprarenale.

Ne-am putea gîndi chiar la tiroidă. Rolul acesteia în obezitate este bine cunoscut. Nu vom discuta aici această problemă, trimițînd pentru amănunte la capitolul respectiv al cărții pe care unul din noi a consacrat-o împreună cu G o l d s t e i n problemei secrețiilor interne în totalul ei (4).

Vom observa însă aici că tiroida poate să intervină în patogenia obezității nu numai prin insuficiența ei, dar chiar și atunci cînd funcțiunea ei este ușor exagerată, ceea ce a fost poate cazul la bolnavul observației citate. Aspectul histologic al unor foliculi și greutatea corpului tiroid fac să presupunem acest lucru.

În adevăr, o ușoară exagerare a funcțiunei tiroidiene produce o exagerare a poftei de mîncare; bolnavii se hrănesc în mod abundent și astfel pot ajunge la obezitate mai cu seamă cînd starea altor organe (testicule, suprarenale etc.) constituie o predispoziție în această direcție.

Cu privire la cazul nostru, trebuie de asemenea să ne întrebăm dacă se puteau învinui glandele endocrine.

Intervenția unei insuficiențe tiroidiene nu pare improbabilă dat fiind aspectul endotelioid al celulelor unui mare număr de foliculi precum și celelalte modificări pe care le-am semnalat. Dar pe de altă parte, aceste modificări se pot întîlni în cazuri în care nu se găsește obezitate. Trebuie văzut atunci dacă starea altor glande nu poate de asemenea să contribue la explicarea obezității.

Printre glandele învinuite, nu ni se pare că alterațiile testiculelor au putut să intervină în cazul nostru, căci glanda interstițială nu pare alterată.

Mai curînd ne-am putea gîndi la glandele suprarenale, care în cazul nostru par în plină activitate precum și la hipofiză, a cărei bogăție în celule eozinofile indică de asemenea o mare activitate funcțională, și se știe că unii autori ca B e n d a, cred că obezitatea hipofizară s-ar datora unei hiperfuncții a acestui organ. Menționăm că alți autori nu sînt de această părere și că s-a semnalat chiar o îngrășare importantă la animalele care au suferit ablația hipofizei, iar pe de altă parte s-a observat slăbirea obezilor tratați cu hipofiză.

Nu ar fi cu totul imposibil ca un oarecare grad de hiperfuncțiune să ducă la obezitate și ca insuficiența să producă de asemenea un atare rezultat, căci manifestări analoge în domeniul schimburilor nutritive au fost semnalate și pentru alte glande.

Toxinele sifilitice sau parasifilitice puteau să aibă și ele partea lor, acționînd pe un teren deja predispus de tulburările funcțiunilor celorlalte organe.

Mai sînt și alți factori de luat în considerație. Așa este bulimia bolnavilor, antecedentele lor alcoolice, alimentația lor.

Ne-am mai putea gîndi și la starea tubului digestiv, la vasodilatarea organelor, precum și la tulburările inervației vegetative. Din acest punct de vedere vom aminti că unul din noi cu P i t u l e s c u (5) a notat alterații ale ganglionilor solari la paraliticii generali.

De altfel lucrarea noastră nu are de loc pretenția de a rezolva problema obezității paraliticilor, ci mai degrabă să aducă unele date și să atragă din nou atenția asupra acestui fenomen.

Numai prin studiul aprofundat al unui număr mare de cazuri se va ajunge la găsirea patogeniei acestei tulburări de nutriție.



Din punct de vedere simptomatologic, notăm că doi din cei patru bolnavi ai noștri au prezentat ictusuri sau convulsii epileptoide. Starea mintală a bolnavilor noștri este aceea a unei demențe progresive. Numai la bolnavul din prima observație am constatat o ameliorare a tulburărilor psihice în același timp cu apariția obezității.

К ВОПРОСУ ОБ ОЖИРЕНИИ ПРИ ПРОГРЕССИВНОМ ПАРАЛИЧЕ

(КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ)

Приводятся наблюдения над 4 больными, страдавшими прогрессивным параличом с ожирением, причем в одном из этих случаев наблюдения были дополнены макроскопическим и микроскопическим патолого-анатомическим исследованием.

С точки зрения симптоматологии, у 2 из этих больных ранее наблюдались инсульты или эпилептоидные судороги. Психическое состояние было характерным для прогрессирующего слабоумия. Только у 1 больного психические расстройства уменьшились при появлении ожирения.

В связи с патогенезом ожирения обсуждаются различные гипотезы. Наиболее вероятной, в свете данных гистопатологического анализа, представляется гипотеза о наличии эндокринных, главным образом гипофизарных и надпочечниковых расстройств.

CONTRIBUTION À L'ÉTUDE DE L'OBÉSITÉ DES PARALYTIQUES GÉNÉRAUX

(RÉSUMÉ)

On présente les observations de 4 malades atteints de paralysie générale, associée à l'obésité; l'une des observations a été complétée par l'examen anatomo-pathologique macroscopique et microscopique.

Au point de vue de la symptomatologie, deux des malades avaient présenté des ictus ou des convulsions épileptiformes. L'état mental était celui d'une démence progressive. Chez un seul malade (le premier), l'apparition de l'obésité a coïncidé avec l'amélioration des troubles psychiques.

En ce qui concerne la pathogénie de l'obésité, on discute différentes hypothèses. Celle des troubles endocriniens hypophysaires et surrénaux paraît la plus probable (surtout en raison de l'examen histopathologique du cas).

BIBLIOGRAFIE

1. Obregia, *Paranoismul metaparalitic și metasifilitic*, Revista științelor medicale, 1909, nr. 11.
2. Nerman, Journal of Med. Science, vol. LVI, ian. 1906; analizat în Rev. neurol., 1906, p. 461.
3. C. I. Parhon, *Cercetări asupra glandelor cu secrețiune internă în raportul lor cu patologia mintală*, București, 1910.
4. C. I. Parhon, și Goldstein, *Les sécrétions internes*, Paris, 1909.
5. Obregia și Pitulescu, *Studiu clinico-histologic asupra simpaticului solar în bolile min'ale*, Rev. științelor medicale, 1909.

ASUPRA UNUI CAZ DE PARALIZIE GENERALĂ JUVENILĂ *

Paralizia generală juvenilă merită atenţia din mai multe puncte de vedere. Astfel simptomatologia ei oferă unele particularităţi importante, atît din punct de vedere psihic cît şi din punct de vedere somatic. Apoi, studiul ei poate să aducă oarecare lumină asupra problemei etiologiei dacă nu şi a patogeniei paraliziei generale. În sfîrşit anatomia patologică oferă şi ea, în unele cazuri, cîteva particularităţi.

Acestea sînt considerentele ce ne-au determinat să publicăm cazul pe care l-am putut studia din punct de vedere anatomo-clinic, făcînd după expunerea observaţiei, rezumatul faptelor mai interesante ce se desprind din ea şi formulînd ideile pe care ni le sugerează.

D. S., de 19 ani, internată la ospiciu în ziua de 28. XI. 1909.

În actele de internare, s-a notat că părinţii bolnavei au fost sănătoşi şi au murit de bătrîneţe. Un frate şi o soră a bolnavei sînt sănătoşi.

Boala a început la vîrsta de 17 ani prin accese convulsive urmate de obicei de o stare delirantă cu impulsii şi agitaţie motoare.

În actele medico-legale, se mai găseşte notat că începutul bolii a fost în legătură cu căderea bolnavei dintr-un carusel, cădere care a speriat-o mult, bolnava avînd un temperament emotiv. Nu se semnalează un traumatism al capului.

Bolnava, care îşi aminteşte foarte bine acest accident, ne spune că i-a venit ameţeală, şi-a pierdut cunoştinţa şi a căzut. fără să piardă urina şi fără să-şi fi muşcat limba.

De atunci a rămas cu violente dureri de cap pe care i le provocau diferitele supărări. Pe lîngă aceasta prezenta cam în fiecare lună o ameţeală cu pierdere de cunoştinţă. Este măritată de un an. A fost trimisă la ospiciu cu diagnosticul de epilepsie.

Bolnava, de statură mijlocie, este destul de bine dezvoltată. Capul brahicefal. Lobul urechii, mic şi aderent. Reacţia pupilară este leneşă. Reflexele rotuliene şi ahiliene sînt de asemenea scăzute. Degetele nu-i tremură. Menstruaţia i-a apărut pentru prima oară după ce a fost internată în ospiciu.

Din punct de vedere psihic, bolnava se prezintă curat îmbrăcată; se piaptănă şi se îngrijeşte singură. Este sfioasă, uneori vorbeşte cu glas încet, cu fraze scurte. Nu păstrează totdeauna şirul convorbirii, dar dacă se insistă. revine la subiect.

* Lucrare în colaborare cu C. Urechia. Comunicare prezentată la al VI-lea congres belgian de neurologie şi psihiatrie, Bruges, octombrie 1911. Publicată în „Journal de neurologie", 1911, Bruxelles.



Este destul de bine orientată în spaţiu. Slab orientată în timp.

Ştie ziua, dar nu ştie luna în care sîntem.

Cu toate că a urmat cele 4 clase primare, nu este în stare să recite ceva.

Din punct de vedere afectiv, se semnalează că a păstrat sentimentul pudoarei. Bolnava este sociabilă, dar de obicei tristă. Îşi petrece timpul făcînd dantele. Nu are iluzii, nici halucinaţii.

Bolnava prezintă foarte frecvente accese de epilepsie parţială, începînd de cele mai multe ori cu muşchii faciali sau, mai rar, cu cei ai membrului superior drept. Accesele sînt urmate de o slăbiciune a părţii drepte a corpului şi adesea de o afazie motoare tranzitorie.

Pe lîngă aceasta, în luna mai 1910, s-a observat o tremurătură destul de pronunţată a membrului superior drept, a cărui forţă musculară a scăzut mult şi a cărui extremitate distală era sediul unei cianoze manifeste.

Iată numărul de atacuri, din luna februarie 1910 pînă la moartea ei : februarie 8 atacuri ; martie, acelaşi număr ; aprilie, un singur acces ; mai 8 accese ; iunie, 2 accese ; iulie şi august, un singur acces pe fiecare lună ; septembrie 5 atacuri ; noiembrie , unul singur ; ianuarie 1911, 3 atacuri ;martie, unul singur ; mai, 2 accese ; iunie, 6 accese ; iulie, 5 accese ; în lunile nemenţionate aici, nu a avut convulsii.

De la 24.V.1910 la 11.VII.1910, i s-au făcut 10 injecţii cu un preparat antiluetic. Am recurs la acest tratament în urma examenului lichidului cefalorahidiau care a arătat prezenţa limfocitozei, precum şi pozitivitatea reacţiei Nonne-Apelt, Nagouchi şi Pandy. Reacţia Wasserman a fost deasemenea pozitivă atît în sînge cît şi în lichid cefalorahidian.

În timpul injecţiilor, nu a avut decît un singur acces (la 5 iunie). Se notează de asemenea în cursul injecţiilor oprirea menstruaţiei. Prescriindu-se opoterapia ovariană, la 17 august, aceasta reapare la 25 august, după ce bolnava avusese în ziua precedentă un acces convulsiv. Criza a fost urmată de mişcări convulsive ale buzelor timp de trei zile.

La 12 ianuarie, în urma unui acces convulsiv, rămîne în stare de confuzie, prezintă o tremurătură generalizată şi nu este în stare să stea în picioare.

I se face o injecţie interscapulară de salvarsan. După două zile de febră uşoară, bolnava se simte mai bine, începe să vorbească dar starea de confuzie persistă.

La 14 ianuarie, în timpul nopţii, un nou acces de epilepsie jacksoniană, urmată de stare generală foarte proastă. Faţa congestionată, extremităţile reci ; nu vorbeşte ; ţine ochii închişi ; nu poate sta în picioare.

Injecţii cu ulei camforat, pungă cu gheaţă pe cap, sticle cu apă caldă la extremităţi. Dimineaţa, se simte mai bine, vorbeşte cu greutate, nu-şi aminteşte nimic din cele petrecute în cursul nopţii.

La 15 ianuarie, nou acces, urmat de stare de confuzie, tremurătura buzelor, a limbii, mîinilor etc.

Încetul cu încetul bolnava îşi revine, începe să lucreze, totuşi ea a rămas decăzută, mai cu seamă din punct de vedere psihic. Memoria îi este mai slabă ; uneori, mai cu seamă dimineaţa, bolnava prezintă o uşoară confuzie mintală. Vorba este tremurată ca aceea a paraliticilor generali.

În iulie, o nouă injecţie cu preparatul 606. Nici o ameliorare. Bolnava moare în ziua de 7. VIII. 1911, cu dublă pneumonie.

La examenul anatomo-patologic, se constată o îngroşare a calotei craniene. Se observă numeroşi corpusculi ai lui Pachioni. Meningele moi, foarte îngroşate şi aderente pe alocuri. Volumul encefalului redus. Greutatea este de 950 g. Consistenţa este crescută. Circumvoluţiile au un volum redus, vasele de la bază nu sînt sclerozate şi nu prezintă plăci de aterom.

Corpul tiroid cîntăreşte 25 g. Se constată prezenţa timusului : 15 g. Cele două suprarenale cîntăresc la un loc 15 g. Reacţia cromafină este slabă. Cele două ovare 15 g. Ficatul, 1240 g, prezintă cîteva insule grăsoase precum şi cîteva formaţii chistice de dimensiuni mici. Splina, 150 g, de o consistenţă moale, foliculii lui Malpighi mai de grabă hipertrofiaţi.

Examenul microscopic ne arată următoarele :

Secţiunile meningelor (cu excepţia durei mater), colorate cu hematoxilină Bordeaux-picric, ne arată o hiperplazie a ţesutului conjunctiv, precum şi o infiltraţie abundentă, mai cu seamă în teaca vaselor, de leucocite şi celule plasmatice. Nu se găsesc decît cu greu celule muriforme şi în chip cu totul excepţional celule gigante.

În unele celule conjunctive, se găsesc figuri cariochinetice.

Studiul circumvoluţiilor cerebrale prin metoda Nissl arată că ordinea citoarchitectonică este în general păstrată, iar volumul celulelor nu pare să fie mult influenţat. Dar ele prezintă mai cu seamă alteraţii ale substanţei cromatice. Mai întîi prelungirea principală a celulelor

piramidale se poate urmări pe o lungime mult mai importantă decît în stare normală. Corpusculii lui Nissl prezintă toate gradele alterației cromatolitice. În unele celule, nu se mai găsesc decît cîteva blocuri cromatice perinucleare. Nucleul este adesea deformat și omogenizat. Nucleolul este uneori deplasat, ajungînd în contact cu membrana nucleară. Se întîlnesc foarte frecvent bastonașe intranucleare de substanță cromatică. Uneori se observă că nucleolul, care cu tionină a luat o nuanță roșiatică, este înconjurat de un fel de spațiu incolor și, în vecinătatea lui, se găsesc granulații albastre. Forma nucleolului este neregulată în unele celule.

Celulele satelite sînt evident proliferate, și în unele din ele, se pot observa figuri cariochinetice.

Pe secțiunile tratate prin nitrat de argint după metoda lui Bielschowsky și colorate în același timp cu scharlach se constată că grăsimea ocupă spațiul interfibrilar și pare mai cu seamă abundentă în locurile unde neurofibrilele sînt mai lezate. Aceasta din urmă prezintă diferite grade de alterație, ca : fragmentare, dezintegrare granulară, rezorbție completă a granulațiilor și aspect omogen al celulei etc. Dar mai trebuie de asemenea adăugat că numeroase neurofibrile nu sînt sensibil influențate.

Teaca vaselor este infiltrată cu celule plasmatice din care unele prezintă doi nuclei. Se întîlnesc de asemenea *Mastzellen.* Se găsesc foarte frecvente celule în formă de bastonașe (*Stäbchenzellen*), mai cu seamă în stratul superficial. Celulele muriforme sînt, dimpotrivă, cu totul excepționale.

Colorația cu scharlach arată că celulele ganglionare conțin o destul de mare cantitate de granulații lipoidice localizate de preferință la baza lor.

Totuși în unele celule, grăsimea ocupă și partea lor superioară, ba chiar și dendrita principală. Celulele din stratul superficial prezintă aceeași încărcare.

În peretele vascular, se găsesc grăsimi în cantitate mare în celulele adventițiale, și mai rar în cele plasmatice. Se găsesc de asemenea granulații lipoidice libere în spațiile limfatice perivasculare. Numeroase celule în formă de bastonașe, care există în acest caz, nu conțin granulații lipoidice.

În ce privește nevroglia, se constată un proces proliferativ foarte intens, mai cu seamă în substanța albă a circumvoluțiilor, precum și în stratul superficial.

Celulele din substanța albă mai ales, prezintă foarte adesea formele descrise sub numele de celule monstruoase (*Monsterzellen*). Ramificările lor, adeseori avînd o aparență tubulară, formează numeroase aderențe cu vasele, alcătuind uneori adevărate căptușeli în jurul acestora. Protoplasma celulelor nevroglice este foarte adesea granulară.

Unele din celulele nevroglice prezintă doi nuclei.

Un mare număr din aceste celule conțin granulații lipoidice.

Adăugăm că acest proces proliferativ își atinge intensitatea maximă îndeosebi imediat dedesubtul substanței cenușii. În aceasta din urmă, proliferarea este mai mare în straturile profunde.

În creierul mic, se observă că celulele lui Purkinje par în general mai bine conservate decît celulele scoarței cerebrale. Totuși, în unele din ele, corpusculii lui Nissl prezintă cromatoliză evidentă și se pot chiar observa celule atît de alterate, încît nu mai rămîne din ele decît o masă protoplasmică neregulată înconjurînd nucleul. Acesta este adesea excentric și membrana lui este zbîrcită.

Celulele din stratul molecular prezintă de asemenea diferite grade de alterare. Neurofibrilile au același aspect ca și în celulele scoarței cerebrale. Numai extrem de rar, am întîlnit celule cu doi nuclei ca acelea semnalate de S t r a u s s l e r, T r a p e t etc.

Colorația cu scharlach arată în cerebel aceleași modificări ale peretelui vascular ca și în creier. Celulele lui Purkinje nu par să conțină mai multe granulații lipoidice decît în stare normală. Colorația cu Bordeaux-picric a unuia din noi (U r e c h i a) arată pe ici pe colo îngroșarea peretelui vascular.

În ce privește nevroglia, se găsește, ca și în creier, un proces proliferativ foarte intens, mai ales în substanța albă.

Celulele se prezintă mai cu seamă sub forma de astrocite voluminoase care prezintă relații foarte intime cu vasele. În scoarță, se observă mai ales fibre radiare, celulele mari fiind mult mai rare.

În al patrulea ventricul, se găsește de asemenea un proces proliferativ din cele mai intense. Constatăm apariția unui mare număr de celule stelate, cît și o bogată căptușeală de fibre nevroglice.

Studiul nevrogliei a fost făcut cu ajutorul metodei lui Bielschowsky și cu diferitele colorațiuni hematoxilinice (Alzheimer, Urechia), după fixarea prealabilă în formol sau în mordantul lui Weigert.

Am practicat de asemenea secțiuni în diferite glande, și iată ce am găsit :

Corpul tiroid este format din foliculi a căror cavitate este destinsă de coloidul care se găsește în cantitate mare. Epiteliul folicular este turtit, luînd o înfățișare endotelioidă. Colorația cu scharlach arată că celulele din peretele folicular conțin un mare număr de granulații lipoidice. Acestea din urmă sînt încă mai abundente în celulele descuamate.

Hipofiza este alcătuită din celule aproape exclusiv eozinofile, din care cea mai mare parte bogate în protoplasmă. Numai un număr mai puțin important prezintă corpul protoplasmic redus ca volum. Se observă o bogată ectazie capilară. Cu scharlach, se întîlnesc granulații lipoidice intracelulare în cantitate moderată. Aceste granulații sînt fine și afinitatea lor tinctorială este redusă. Totuși, în cîteva celule, cantitatea de lipoizi este mai mare și tot astfel și afinitatea lor tinctorială. Se găsesc rare celule plasmatice.

Ficatul prezintă un grad mijlociu de ectazie capilară. Cea mai mare parte din celule au o aparență de rețea cu mici areole. Colorația cu Sudan arată mici granulații grăsoase. Dar numai în puține locuri acestea din urmă ocupă cea mai mare parte a celulei, putînd chiar să-i dea aparența unei vezicule adipoase pe cale de formație.

Pancreasul prezintă acinii, ca și insulele lui Langerhans, cu forma și volumul normal. Dar colorația cu Sudan arată o foarte mare acumulare de granulații lipoidice care, în unele celule, sînt atît de abundente și de dense, încît alcătuiesc adevărate blocuri grăsoase. Trebuie să observăm că celulele acinilor sînt mai bogate în grăsime decît celulele insulelor lui Langerhans. În acestea din urmă granulațiile lipoidice, cu toate că sînt abundente, sînt împrăștiate în mod mai difuz și în același timp mai omogen, și nu se observă formarea de blocuri ca cele semnalate mai sus.

Splina prezintă o vascularizare destul de pronunțată.

Foliculii lui Malpighi sînt bine reprezentați. Se mai observă plasmocite destul de abundente, împrăștiate printre celelalte celule din pulpa organului.

Rinichiul prezintă în mai multe locuri o evidentă ectazie vasculară. Celulele tubilor contorți ai canalelor colectoare nu par alterate. Totuși, colorația prin Sudan arată granulații lipoidice în cantitate destul de mare în celulele ramurii subțiri, din ansa lui Henle. Acestea din urmă sînt mai puțin numeroase în tubii contorți și încă mai rare în glomeruli. Mai notăm cîteva celule plasmatice în țesutul conjunctiv al organului.

Capsulele suprarenale. Colorația cu Sudan arată că celulele corticalei, mai cu seamă cele din stratul fasciculat, prezintă, în unele regiuni, granulații lipoidice în mare cantitate umplînd toată celula. Aceste regiuni bogate în substanță grăsoasă, alterează cu altele, unde aceasta din urmă este slab reprezentată.

În stratul reticulat, granulațiile lipoidice sînt împărțite în mod mai uniform, sînt mai puțin abundente în general și au o colorație roș închis. Se observă o evidentă ectazie capilară. Celulele medulare nu ni s-au părut alterate.

Ovarele. Foliculii primordiali sau cei mai maturi sînt rari. Se constată însă un corp galben destul de bine dezvoltat și ale cărui celule, cu forma ovală, sînt pline de granulații lipoidice. Nucleul este ascuns de aceste granulații. Se constată de asemenea rămășițele unui corp galben mai vechi.

În mamelă, se observă vezicule adipoase în țesutul conjunctiv. În parenchim, se observă puține granulații lipoidice cu volum mare și afinitatea tinctorială intensă.

În timus, a cărui structură nu se depărtează sensibil de cea normală, afară poate de raritatea corpusculilor lui Hassal, am găsit celule plasmatice, de altfel puține la număr.

În rezumat, este vorba de o tînără femeie ale cărei prime manifestări alarmante au început la vîrsta de 17 ani, după cît se pare, printr-un ictus cu pierdere de cunoștință. Apoi a prezentat frecvente accese de epilepsie parțială. Starea ei mintală a declinat încetul cu încetul. Păstra conștiința că era bolnavă ; nu prezenta idei delirante. Examenul lichidului cefalo-rahidian a arătat o reacție meningeală foarte intensă.

Reacția Wassermann a fost pozitivă. Bolnava a murit aproximativ patru ani după începutul tulburărilor ei, în urma unei duble pneumonii.

Studiul anatomo-patologic al centrilor nervoși a arătat alterațiile caracteristice paraliziei generale.

Mai reținem încă, din examenul clinic, că bolnava nu a fost menstruată decît la vîrsta de 19 ani și că la examenul anatomo-patologic, s-a observat prezența timusului.

Ni se pare că nu se poate pune la îndoială, în acest caz, existența paraliziei generale juvenile. În adevăr, boala a început cam la vîrsta de 17 ani și a avut o evoluție asemănătoare cu aceea descrisă de alți autori. Pe lîngă aceasta, reacțiile lichidului cefalorahidian și în sfîrșit examenul macroscopic și microscopic al creierului nu lasă nici o îndoială din acest punct de vedere.

Lucrările lui Clouston sînt cele care au atras atenția asupra acestei varietăți de paralizie generală. Lucrările ulterioare ale lui Turnbul, Wiglesworth, Régis, Kraepelin, Gudden, Alzheimer, Giannelli, Homen, Westphall, Sapeuto, Thiry, Toulouse și Marchand, Pusateri, Weygand, A. Marie, Moussous, Perusini, Raymond, Marinescu etc., au continuat studiul problemei aducînd noi contribuții.

Amintim pe scurt faptele observate cu privire la această varietate de paralizie generală.

La începutul bolii, se observă adesea amețeli, obnubilare intelectuală, insomnie, cefalee intensă și persistentă. Această cefalee poate să preceadă cu mai multe săptămîni apariția tulburărilor mintale (Vram, Théry).

Clouston, Savage, Régis, au notat congestia oculară, supurația conjuctivală, o acnee recidivantă, fenomene pe care Raymond le pune în legătură cu sifilisul.

Kraepelin, care a observat patru cazuri ale acestei forme infanto-juvenile a bolii lui Bayle, menționează că, în unele cazuri, se observă o oprire precoce în dezvoltarea fizică și psihică. Joffroy, Régis au semnalat persistența normală a cartilajelor de conjugare. A. Marie, care a putut observa și el un exemplu interesant de o astfel de oprire în dezvoltare, se exprimă astfel : „Boala fixează pe bolnavi în starea de dezvoltare în care i-a surprins, și poate fi originea unei varietăți speciale de infantilism în cazurile în care evoluția ei precoce nu este prea rapidă".

În adevăr, organele genitale rămîn mici, sînii nu se dezvoltă, sistemul pilos rămîne rudimentar.

Dacă se adaugă persistența posibilă a cartilajelor de conjugare semnalată mai sus, vedem că sînt motive suficiente de a se vorbi despre această varietate specială de infantilism.

În cazul nostru, oprirea dezvoltării nu este evidentă. Statura bolnavei era normală. Totuși, unele fenomene, ca apariția tardivă a menstruației (după 19 ani), precum și persistența timusului, pot fi interpretate tot în sensul infantilismului.

Se poate pune aici problema patogeniei acestei varietăți de infantilism. Este el de origine tiroidiană? În această privință, vom reaminti că glanda tiroidă a fost găsită alterată în sifilisul ereditar și că, pe de altă parte, există un infantilism eredosifilitic (unul din noi a publicat un exemplu foarte demonstrativ în colaborare cu Papinian). În acest caz, tratamentul specific a avut rezultate foarte bune asupra epilepsiei parțiale prezentată de bolnavă, dar a rămas absolut ineficace în ce privește infanti-

lismul. Dimpotrivă, tratamentul tiroidian a avut asupra acestuia din urmă o influență remarcabilă.

În cazul de paralizie juvenilă cu persistența cartilajelor de conjugare, observate de Joffroy, tratamentul tiroidian a determinat o creștere a staturii de un centimetru pe lună. Aceste fapte tind să arate că tulburări funcționale ale glandei tiroide pot să intervie în producerea întîrzierii dezvoltării semnalate mai sus.

Unul din noi, examinînd tiroida unui tabetic amaurotic de mai mulți ani — bolnav al cărui sistem pilos al feței era foarte puțin bogat, și care a murit cu fenomene paralitice — nu a găsit alterații prea importante. Glanda interstițială a testiculului era în acest caz, mai de grabă săracă în granulații lipoidice. Dar după cum unul din noi a arătat în altă lucrare, se pare într-adevăr că acestea au o parte importantă în dezvoltarea sistemului pilos al feței și al corpului, iar absența lor joacă un rol în patogenia infantilismului.

În cazul pe care-l studiem în această comunicare, tiroida nu prezenta de asemenea alterații importante. Totuși, unele celule sînt supraîncărcate cu granulații lipoidice și au aparența endotelioidă. Acest ultim caracter exista de altfel și în cazul de tabo-paralizie semnalat mai sus.

Oricum ar fi, ni se pare foarte probabil că tulburările glandelor endocrine trebuie să-și aibă partea lor în oprirea dezvoltării fizice și probabil psihice observată în cazurile de paralizie generală juvenilă, cu toate că pot interveni și alți factori. Mondor a semnalat de altfel insuficiența pluriglandulară în paralizie generală juvenilă.

Uneori boala începe printr-o schimbare de caracter. Astfel, un bolnav studiat de Raymond, din blînd și harnic a devenit impulsiv și extrem de iritabil, în timp ce îi scădea și inteligența.

Alteori, se observă, chiar de la început, apatie, o predispoziție la o oboseală exagerată, slăbirea memoriei și a atenției, care atrage luarea aminte a institutorilor, dacă acești bolnavi urmează cursuri școlare.

Alteori, fenomenele somatice sînt acelea care predomină, ca durerea de șale, epuizarea musculară rapidă, paralizia nervilor cranieni (Janssens și Mees), hemiplegia. Kraepelin semnalează frecvența mișcărilor de supt și masticație.

Marchand, Raymond, Kraepelin insistă asupra frecvenței acceselor epileptiforme care apar brusc, printre alte simptome mai puțin alarmante. Uneori se observă accese de epilepsie parțială. Astfel era în cazul nostru. Accesele pot lua uneori tipul senzitiv. În cazul lui Legrain, la acest tip de epilepsie jacksoniană, se adăuga cîteva mișcări convulsive. În cazul lui Strumpell, primele manifestări ale bolii lui Bayle au fost un ictus apoplectic urmat de hemipareză, pierderea atenției, puerilism etc.

Boala evoluează în general — ca în cazul nostru — sub forma de demență simplă. Totuși, în unele cazuri, se poate observa apariția de idei megalomaniace, care se remarcă în unele cazuri de paralizie generală la adulți.

Se observă mai rar stări depresive cu idei melancolice hipocondriace, de culpabilitate, de „stigmatizare" sau de persecuție, cu stări de agitație,

cu nelinişte, ţipete, impulsiuni motoare (Bjelakow, Westphal, Kraepelin).

Din punct de vedere somatic, se observă aceleaşi tulburări ca şi la adult. Se poate observa între altele incoordonare motoare, ataxospasmodică (Raymond).

După Kraepelin, ataxia este uneori atît de pronunţată încît bolnavii trebuie să stea la pat. Acelaşi autor semnalează apariţia contracturii membrelor superioare sau inferioare. El a observat ca şi Raymond semnul lui Babinski.

În cazul lui Leroy (copil de 11 ani), exista clonusul piciorului şi al rotulei de partea stîngă.

Pactet (la un băiat de 19 ani) a văzut asocierea cu paraplegia spasmodică.

Perusini a descris o formă amintind sindromul atrofiei cerebro-spinale.

Semnul lui Argyl-Robertson precum şi inegalitatea pupilară sînt aproape constante.

În cazul lui Bachmann, exista amauroză.

Reflexele, de obicei exagerate, sînt scăzute sau abolite cînd ne aflăm în prezenţa unor cazuri asociate cu tabes. Apert, Ménard şi Lévi, Frankel, Bourneville, Kindberg şi Richet au observat această asociere.

Notăm în treacăt că Marchand a văzut paralizia generală juvenilă asociată cu epilepsia şi că Raymond, A. Marie şi Rey au văzut-o asociată cu isteria.

Tulburările obiective ale sensibilităţii generale nu sînt frecvente căci Bachmann le-a căutat în zadar în cinci cazuri. Mai frecvente sînt nevralgiile faciale, furnicăturile, durerile fulgerătoare (asociaţia cu tabes).

Raymond semnalează tulburări vasomotoare. Temperatura este adesea sub cea normală, putînd prezenta ridicări tranzitorii. În ultima perioadă, ea se poate coborî pînă la 30°,5, ca în cazul lui Rendu şi Voisin. Régis a semnalat posibilitatea fracturilor spontane.

Din punct de vedere etiologic, boala poate afecta indivizi anormali somatic sau psihic.

Dar cauza capitală, ca şi în paralizia generală a adultului, rămîne sifilisul. Alzheimer găseşte acest factor sigur sau probabil în 70% din cazuri.

Din 20 de cazuri, Hirschl găseşte acest factor sigur în 17 cazuri şi probabil într-un alt caz. Motte (din 22 cazuri), găseşte sifilisul în proporţie de 80%.

Uneori, după cum observă Kraepelin, se poate observa tabesul sau paralizia generală la ascendenţi şi eredosifilis la colaterali. Într-un caz al lui Raymond, paralizia generală a urmat după sifilis cerebral.

Marchand şi Petit au văzut paralizia generală la o femeie de 21 de ani care contractase sifilisul la 19 ani.

Brissaud şi Guy au observat paralizia generală la tată şi la fiică, iar Gautier, la fiul de 10 ani al unei femei tabetice.

Lwoff şi Condaminne au văzut o femeie suferind de paralizie juvenilă şi a cărei mamă murise de aceeaşi boală. Mai mulţi membri din aceeaşi familie au prezentate boli mintale.

În cazul lui Baudouin şi Lévi-Valensi (o fată de 17 ani) ambii părinţi au murit de boala lui Bayle.

Toate aceste cazuri arată, poate, rolul eredităţii, dar vorbesc în acelaşi timp pentru etiologia specifică a paraliziei generale.

În cazul nostru, cu toate că nu s-au cunoscut antecedentele din acest punct de vedere, sifilisul era aproape sigur, date fiind reacţiile pozitive ale lichidului cefalorahidian şi mai cu seamă prezenţa reacţiei Wassermann. Este mai greu de precizat dacă era vorba de un sifilis ereditar sau de un sifilis dobîndit de timpuriu. Dar această chestiune are mai puţină importanţă.

ПО ПОВОДУ ОДНОГО СЛУЧАЯ ЮНОШЕСКОГО ПРОГРЕССИВНОГО ПАРАЛИЧА

(КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ)

Описывается наблюдение молодой женщины, у которой первые угрожающие расстройства появились в возрасте 17 лет в виде инсульта с потерей сознания. С тех пор у нее часто бывали припадки частичной эпилепсии. Состояние психики постепенно ухудшалось. Бредовых идей не отмечалось, больная сознавала свое болезненное состояние. Исследование спинномозговой жидкости показало весьма выраженную менингеальную реакцию. Реакция Вассермана была положительной. Больная умерла от двусторонней пневмонии через 4 года после начала болезни.

Патологоанатомическое исследование показало характерные для болезни Вейля повреждения, а также наличие вилочковой железы.

Последний факт так же, как и запоздалое появление менструаций, указывает на известную степень инфантилизма.

Были подвергнуты микроскопическому анализу также и эндокринные железы. Описывается данная клиническая форма прогрессивного паралича на основе литературных данных и обсуждается роль эндокринных желез в патогенезе инфантилизма при этой болезни.

SUR UN CAS DE PARALYSIE GÉNÉRALE JUVÉNILE

(RÉSUMÉ)

On présente le cas d'une jeune femme chez laquelle les premiers signes alarmants ont apparu à l'âge de 17 ans : ictus avec perte de conscience.

Depuis, elle a présenté de fréquents accès d'épilepsie partielle. Son état mental a décliné petit à petit. Elle ne présentait pas d'idées délirantes, elle savait qu'elle était malade. L'examen du liquide céphalo-rachidien a mis en évidence une réaction méningéale très nette. La réaction de Bordet-Wassermann a été positive. Au bout de quatre ans d'évolution de la maladie psychique, la malade est morte d'une double pneumonie.

L'examen anatomo-pathologique a mis en évidence la présence des lésions ordinaires de la maladie de Bayle et, en plus, une persistance du thymus.

Cette persistance, ainsi que l'apparition tardive de la menstruation prouvent l'existence d'un certain degré d'infantilisme.

On a également étudié, au point de vue microscopique, les glandes endocrines. On décrit l'aspect de cette forme clinique de la paralysie générale, ainsi qu'elle ressort des données de la littérature médicale et l'on discute le rôle des glandes à sécrétion interne, dans la pathogénie de l'infantilisme de cette maladie.

TREMURĂTURI ISTERICE SAU ISTERO-ORGANICE. CONSIDERAŢII ASUPRA PATOGENIEI ANUMITOR MANIFESTĂRI ISTERICE *

Prezentăm cazul unui tînăr (21 de ani) atins de tremurături ale feţei şi ale membrului superior, avînd anumite particularităţi clinice interesante şi asupra patogeniei căruia merită să ne oprim puţin.

Iată observaţia acestui bolnav.

S.N., de 21 de ani. Vine în clinica de boli nervoase pentru tremurături ale feţei (partea stîngă) şi a membrului superior drept. Părinţii săi sînt sănătoşi. Au 10 copii în viaţă.

S. N. a avut în copilărie rujeolă şi scarlatină dar neagă orice altă infecţie, mai ales sifilisul. Nu fumează, nu este alcoolic.

După spusele sale, boala a început cu doi ani în urmă prin slăbiciune şi dureri puternice în membrele inferioare, dureri pe care le compară cu lovituri de ciocan, care durează 24 de ore, deplasîndu-se de la un membru la celălalt. Apoi durerile au trecut la membrele superioare. În acelaşi timp ar fi avut şi tremurături puternice, cauzate — spune el — de dureri şi de frigul intens pe care îl simţia. Ca să se liniştească trebuia să se învelească cu mai multe pături. În timpul nopţii tremurăturile erau aşa de violente încît unul dintre verii lui trebuia să se sprijine pe el ca să nu cadă din pat. Aceste tremurături au durat o lună.

Bolnavul era irascibil pînă la violenţă. Această stare de mare nervozitate ar fi durat 6 luni. Timp de 3 zile ar fi avut un tremur al capului, asemănător mişcărilor afirmative sau celor făcute în scop de a chema pe cineva. Timp de 6 luni, el nu ar fi putut de loc să doarmă. Ar fi avut halucinaţii vizuale îngrozitoare, vedea — spune el — animale sălbatice, monştri, etc, care îl împiedicau să doarmă. Tremurul de acum datează din acea epocă, ca şi incapacitatea de a munci, fiindcă cel mai mic efort îl sufocă şi îl face să simtă palpitaţii.

Din punct de vedere somatic, este vorba de un tînăr înalt de 1,57 m şi a cărui greutate este de 61 kg. Indicele cranian =80 ; circumferinţa gîtului=54 cm. Fruntea înaltă de 6 cm. Sprîncenele puţin cam rare în treimea externă. Pupilele egale cu reacţii normale. Urechile cu helix puţin reliefat şi cu un rudiment de tubercul al lui Darwin. Antehelixul, tragusul şi antitragusul puţin marcate. Auzul normal. Dosul nasului puţin plat. Sanţurile nazolabiale puţin accentuate. Amigdalele mărite.

Din punct de vedere al sensibilităţii menţionăm prezenţa zonelor de analgezie pe antebraţe ca şi pe regiunea stîngă a feţei. Dar aceste zone nu au putut fi regăsite la un examen ulterior.

Mirosul şi gustul normale.

---

* În colaborare cu M. Solomon. Publicată în „Bulletins et mémoires de la Société de neurologie, psychiatrie, psychologie de Jassy", 1923, nr. 5—6—7.

Forța musculară ca și mișcările active și pasive sînt păstrate.

Menționăm de asemenea că tegumentele sînt uscate și se descuamează cu ușurință, mai ales pe gambe. Exagerare vădită a reflexului oculo-cardiac, pulsul scăzînd de la 80 la 56 bătăi pe minut.

Dar ceea ce interesează în primul rînd, în acest caz, este prezența tremurăturii localizate la față în partea stîngă și la membrul superior al părții opuse. Se observă de asemenea și contracții în masă a mușchilor bărbiei a cărei tegumente urcă și coboară sincron cu mișcările de ad- și abducție ale colțului labial stîng. Aceste mișcări încetează uneori, atunci cînd atenția bolnavului este fixată în altă direcție. Ritmul și amplitudinea acestor mișcări sînt variabile.

Limba, scoasă afară din gură, prezintă de asemenea un tremurat în masă, în care timp cel al mușchilor bărbiei se oprește aproape complet, dar cel al comisurilor labiale persistă. Atunci cînd bolnavul închide ochii se poate observa și un tremur al pleoapelor superioare, mai ales în partea dreaptă.

Tremurăturile membrului superior sînt foarte variabile ca ritm și amplitudine. Sînt cu atît mai pronunțate cu cît bolnavul observă că ne ocupăm de el. Acest tremur încetează cu totul atunci cînd atenția bolnavului este atrasă în altă parte. El poate fi mărit sau atenuat după cum i se ordonă bolnavului să tremure mai puțin sau mai tare.

Atunci cînd bolnavul vrea să bea, tremurăturile se accentuează în mod progresiv, ca apoi totuși să se oprească atunci cînd paharul este aproape în contact cu gura, putînd astfel să bea fără să-l incomodeze.

Reacția Wassermann este negativă în sînge. În lichidul cefalorahidian reacția de fixație este negativă (fixare parțială), reacția globulinelor ca și cea benzoe-coloidală sînt negative.

Cînd bolnavul a fost examinat prima dată, el nu prezenta decît tremurături ale feței. Un tratament cu luminal a rămas fără efect. Același rezultat negativ a fost obținut și cu un tratament sedativ prescris de către un alt medic.

Trebuie să adăugăm că puțin după internare, bolnavul ne-a cerut un certificat prin care să se arate că boala lui îl face incapabil de a presta serviciul militar.

Deci, tînărul pe care vi l-am prezentat are un tremur al feței și al membrului superior drept, foarte influențat, cel puțin acesta din urmă, de către starea de distracție sau atenție a bolnavului, de sugestiile noastre, și chiar de ordinele noastre etc.

Dacă în ceea ce privește tremurătura mușchilor faciali ne putem gîndi la un element organic — presupunere justificată prin prezența reacției de fixație parțial pozitivă în lichidul cefalorahidian și prin puternica exagerare a reflexului oculocardiac, — atunci se poate afirma fără ezitare natura psihogenă a tremurăturilor membrului superior.

Tremurăturile, notate în antecedentele bolnavului, atît de puternice că amenințau să arunce pe bolnav din pat, și făceau necesară intervenția unei alte persoane pentru a le calma, nu seamănă cu tremurăturile nici unei alte boli organice cunoscute. De altfel, afirmațiile bolnavului în această privință pot fi puse la îndoială.

Deci avem de-a face cu tremurături psihogene „isterice" sau cel mult istero-organice.

Dar să ne amintim și de certificatul cerut de către bolnav. Acest din urmă fapt arată că bolnavul are de cîștigat de pe urma tremurăturilor sale.

Fenomene „isterice" ca : hemiplegii, monoplegii, paraplegii, tremurături, captocormie, accese, se întîlnesc frecvent mai ales de la război încoace, la militarii care au interes să fie reformați, încît este locul să facem o categorie aparte de isterici — cei care au de profitat după urma bolii lor.

Pentru cazurile de isterie feminină se găsesc de asemenea fapte care le fac să fie înglobate în categoria precedentă.

Mulți autori de altfel, au mai atras atenția în ceea ce privește rolul pe care îl joacă interesul în patogenia anumitor tulburări „isterice" sau „funcționale".

Este greu să ne facem o idee destul de precisă asupra gradului de conștiență pe care „bolnavul" o are, asupra factorului pe care se bazează „boala" lui și interesul de a beneficia de ea și poate fi discutat dacă fenomenele s-au realizat în inconștient, subconștient, sau chiar în conștient.

Dar nu se poate trece sub tăcere apropierea care este de făcut între acești „bolnavi" și cei care simulează. Este un fapt asupra căruia mai mulți autori au insistat și pînă acum. Astfel Brissaud a afirmat că, cu cît mai mult observă isteria cu atît se convinge că în materie de isterie nu este boala (marea simulatoare) care simulează, ci mai curînd bolnavul.

La rîndul său, Babinski insistă adesea asupra acestui fapt, că procesul psihic al sugestiei participă în simulare, într-o măsură de altfel variabilă după subiect și numărul circumstanțelor în mijlocul cărora apar fenomenele isterice. Se poate spune că acestea, sînt datorite unei simulări inconștiente sau subconștiente, sau unei „semisimulări".

Am ajuns la concluzia că în cadrul fenomenelor calificate drept isterice, o mare parte din ele au de-a face cu un mecanism psihogen, foarte apropiat de cel al simulării, dacă nu indentic cu acesta din urmă, ceea ce nu exclude că în alte cazuri intervin mecanisme diferite (sugestie etc).

ИСТЕРИЧЕСКИЙ ИЛИ ИСТЕРООРГАНИЧЕСКИЙ ТРЕМОР О ПАТОГЕНЕЗЕ НЕКОТОРЫХ ИСТЕРИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ

(КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ)

Авторы описывают наблюдения больного в возрасте 21 года, у которого отмечалось дрожание мышц угла рта, левой половины подбородка и верхней конечности противоположной стороны.

Дрожание мышц лица прекращается, если отвлечь внимание больного. Дрожание верхней конечности весьма разнообразно в отношении ритма и амплитуды и сильнее выражено, когда больной замечает, что врачи уделяют ему внимание.

Реакции спинномозговой жидкости отрицательны, за исключением реакции связывания комплемента, которая оказалась слабоположительной.

Авторы утверждают психогенную природу дрожания верхней конечности на основании вышеописанных признаков и того, что данному субъекту было выгодно считаться больным (призыв в армию).

Дрожание мышц лица получает сдержанную оценку вследствие ее регулярности, частичного связывания комплемента в спинномозговой жидкости и усиления глазного рефлекса.

Авторы приходят к заключению, что данный случай включается в особую категорию истериков, которым болезнь приносит известную выгоду.

Трудно установить, что происходит в сознании этих больных и каково истинное взаимоотношение между их болезнью и заинтересованностью, однако в данном случае напрашивается вывод об известной аналогии с симуляцией.

Истерические явления имеют иногда весьма близкий к симуляции психогенный механизм.

TREMBLEMENTS HYSTÉRIQUES OU HYSTÉRO-ORGANIQUES. CONSIDÉRATIONS SUR LA PATHOGÉNIE DE CERTAINES MANIFESTATIONS HYSTÉRIQUES

(RÉSUMÉ)

Les auteurs présentent le cas d'un jeune homme de 21 ans, qui présentait un tremblement des muscles de la comissure buccale, de la moitié gauche du menton et du membre supérieur du côté opposé.

Le tremblement de la figure cessait lorsqu'on faisait dévier l'attention du malade. Le tremblement du membre supérieur variait sensiblement comme rhytme et comme amplitude et était d'autant plus prononcé que le malade se sentait observé par les médecins.

Les réactions dans le liquide céphalo-rachidien sont négatives, sauf la réaction de fixation du complément qui est faiblement positive.

On affirme la nature psychogène des tremblements du membre supérieur, en raison des caractéres décrits et du fait que le jeune homme avait tout intérêt à être malade (recrutement).

Il faut cependant considérer avec certaine réserve le tremblement de la face à cause de sa régularité, de la fixation partielle du complément dans le LCR et de l'exagération du réflexe oculo-cardiaque.

Les auteurs considèrent que ce cas fait partie d'une catégorie spéciale d'hysériques qui ont à tirer des bénéfices de leur maladie.

Il est difficile de savoir exactement ce qui se passe dans la conscience de ces malades et de connaître le rapport exact qui existe entre leur maladie et leurs intérêts, mais il faut les rapprocher de la simulation.

Les phénomènes hystériques ont parfois un mécanisme psychogène très proche de la simulation.

HALUCINAŢII MULTIPLE — MAI CU SEAMĂ AUTOSCOPICE — LA O BOLNAVĂ PARAPLEGICĂ*

Avînd ocazia să observ o bolnavă suferind de halucinaţii multiple — mai cu seamă autoscopice — mi s-a părut interesant să expun pe scurt rezultatul observaţiilor mele.

Particular în acest caz este faptul că bolnava este conştientă de această tulburare psihică şi că prezintă, totodată, tulburări medulare foarte pronunţate. Această împrejurare permite să se discute legătura ce ar putea exista între tulburările menţionate şi fenomenele psihice. Este oare vorba aici de o simplă coincidenţă, sau de tulburări paralele în funcţie de o cauză comună? Sau, aceste tulburări, provocate fiecare de un factor etiologic diferit au putut, totuşi, să se influenţeze reciproc?

Bolnava *C.*, de 22 de ani. A avut rujeolă în copilărie. La 6 ani a avut tenie. Amigdalite frecvente. Mai tîrziu a luat obiceiul să citească în timpul lunilor de vară în pivniţă, întinsă pe un covor; alteori, ca să citească mergea şi se aşeza pe scările de piatră ale unei biserici din vecinătatea locuinţei sale.

Cîtva timp înainte de începutul bolii actuale, a suferit de o intoxicaţie alimentară.

Tatăl pacientei este perfect sănătos. Mama ar fi avut sifilis, pe cît se pare. Totuşi, bolnava nu prezintă nici un semn de sifilis ereditar, afară poate de o oarecare îngroşare a oaselor craniului.

Tulburările medulare s-au manifestat net în cursul primăverii anului 1912, prin fenomene paralitice şi tulburări ale sensibilităţii (amorţeală) la membrul superior stîng. După două săptămîni, în urma unui tratament cu electricitate şi masaj, tulburările motoare au dispărut, în vreme ce tulburările sensibilităţii persistau. Bolnava nu simţea nimic cînd era atinsă sau înţepată. Nu simţea căldura şi nu-şi dădea seama de forma obiectelor etc.

În ciuda afirmaţiilor bolnavei se pare totuşi că tulburările morbide sînt cu mult mai vechi.

Cu un an înainte ca fenomenele menţionate să fi apărut, bolnava simţea dureri în regiunea lombară mai ales la nivelul ultimei vertebre lombare. După apariţia tulburărilor menţionate, bolnava a început să obosească foarte repede. Această senzaţie apărea mai ales în membrul inferior stîng. Avea de asemenea o senzaţie de frig. Transpira foarte mult.

---

* Publicată în „Bulletins et mémoires de la Société des médicins et naturalistes de Jassy", 1914, nr. 1—12.

Către toamnă, oboseala s-a accentuat mai mult deşi în tot cursul verii bolnava a fost supusă la un tratament electric. Cam pe la aceeaşi dată, ea a început să simtă nevoia de a urina mai des. Tot atunci a început să aibă halucinaţii, de tipul celor pe care le vom descrie mai jos.

În cursul vacanţei, iarna, ea s-a dus la Odesa. Acolo, pe un ger mare, a făcut o plimbare de două ore cu sania. De atunci tulburările au devenit şi mai pronunţate. O constipaţie rebelă îşi face apariţia (a avut o singură evacuare într-un interval de 15 zile). Constipaţia persistă şi bolnava a trebuit să recurgă la purgaţii repetate.

Forţa musculară i-a diminuat într-atît în membrele inferioare, încît spre a putea merge bolnava avea nevoie să se sprijine de mobilele din casă.

A urmat un tratament cu mercur cu „injecţii albe" (calomel, salicilat (?)). În urma acestui tratament, starea ei pare să se mai fi ameliorat, căci poate merge susţinută de braţ. Vara a fost la Tekirghiol, ca să facă băi. Cura pare să-i fi adus de asemenea o oarecare ameliorare.

Puţin după aceea s-a internat la Bucureşti într-un sanatoriu, unde a fost supusă la diferite tratamente : electricitate, masaj, tratament mercurial, fără să se producă vreo ameliorare în starea ei. Bolnava declară, dimpotrivă, că a început să simtă furnicături în vezică care-i provoacă nevoia imperioasă de a urina. Constipaţia se menţine şi bolnava se vede obligată să recurgă la clisme. Membrele superioare amorţesc amîndouă, în special cel stîng. Mişcările mai delicate au devenit imposibile : nu mai poate să-şi încheie nasturii, căci nu-i simte. Timp de o săptămînă a avut violente dureri de cap. Cam după o lună, survine o uşoară ameliorare, bolnava servindu-se mai bine de mîini.

În primăvara următoare, în 1913, se simte relativ bine. Ea oboseşte încă destul de repede, totuşi poate să străbată pe jos distanţe destul de mari. Injecţii de „enesol" (prescrise de B a c a l o g l u) produc o oarecare ameliorare. Curînd după aceasta, bolnava începe să piardă urina. Constipaţia este atît de rebelă încît uneori clismele nu produc nici un efect. Mersul devine aproape imposibil şi, într-o zi, după ce a făcut o baie caldă, nu a mai putut merge chiar de loc. După două injecţii de neosalvarsan, starea bolnavei se ameliorează puţin. Reîncepe să meargă cînd este susţinută.

În cursul verii anului 1914, face băi la Sărata-Monteoru. După primele 15 băi, bolnava se simte atît de bine încît poate să meargă singură şi chiar să urce pe scări. Însă, la a douăzecea baie, tulburările revin şi, după 22 de băi, se înapoiază la Iaşi. Aici este nevoită să stea în pat, pentru că nu mai poate merge.

Tot cam atunci, bolnava simte dureri violente în abdomen, dureri întovărăşite de contracţii bruşte ale muşchilor abdominali. Simte de asemenea dureri în lombe, tresăriri în membrele inferioare şi, mai rar, în cele superioare. Are încă furnicături în membre. Durerile abdominale au durat circa trei săptămîni.

Acum (decembrie 1914), bolnava se plînge, din timp în timp, de dureri de cap, uneori destul de violente, mai cu seamă în regiunea tempero-frontală.

Examenul clinic arată o paraplegie de tip spastic, foarte pronunţată, punînd pe bolnavă în imposibilitate de a merge. Membrele inferioare nu mai execută decît mişcări de mică amplitudine în articulaţiile coxofemurale. Membrele superioare execută destul de bine un număr oarecare de mişcări. Cînd bolnava are ochii închişi, se observă o ataxie destul de pronunţată, mai cu seamă de partea stîngă. Reflexele, rotulian şi ahilian sînt exagerate. Clonus al piciorului şi semnul lui Babinski de ambele părţi.

Se observă tulburări profunde ale tuturor modurilor de sensibilitate, afectînd membrele inferioare şi trunchiul pînă aproape de vîrful omoplatului. Membrele superioare, cel stîng mai cu seamă, sînt de asemenea atinse. Cît despre membrele superioare, tulburările par accentuate mai cu seamă pe partea externă a membrelor decît pe cea internă.

Pierde urina, constipaţie rebelă.

Reacţia Wasserman negativă, în sînge şi în lichidul cefalorahidian. Limfocitoză.

Iată acum descrierea halucinaţiilor, făcută în scris de bolnavă la cererea noastră :

„Acum vreo cinci sau şase luni — eram atunci în clasa opta — am avut prima halucinaţie. Am văzut într-un vestibul un sicriu acoperit cu catifea neagră şi împodobit, pe margini, cu hîrtie argintie ; pe capac se afla o cruce. În timpul zilei nu vedeam absolut nimic ; ştiam numai locul exact unde îmi apărea sicriul. Simţeam atunci o frică îngrozitoare să trec pe acolo, fugeam de la uşa antreului la cealaltă uşă pe care o închideam cît puteam mai repede, neştiind ce să fac ca să nu întorc capul spre vedenie. Mi sa părea că acest sicriu voia să mă înşface, şi mă simţeam foarte uşurată după ce închideam uşa care mă despărţea de el. Cam tot pe vremea aceea, am simţit că îmi slăbeau puterile ; simţeam o mare oboseală după un

drum ceva mai lung și mai cu seamă după ce urcasem scări. Pe lîngă aceasta îmi era mereu teamă ca nu cumva să cad pe scări. De atunci halucinațiile s-au înmulțit. Mai în fiecare seară, de pildă, cum mă culcam și închideam ochii, revedeam scările Universității; mi se părea că le urcam și că, ajunsă în mijlocul lor, cădeam, lovindu-mă atît de puternic că mi se sfărîma capul. Vedeam în jurul meu o mulțime de persoane, printre care multe cunoștințe. Fiecare se grăbea să-mi vină în ajutor. Apoi se petreceau lucruri de care nu-mi dădeam seama. Cîteva minute mai tîrziu, aceeași scenă reîncepea; aceasta mă împiedica să dorm; de multe ori vedeniile durau pînă la miezul nopții.

Îmi era atît de teamă să nu cad, încît într-o zi ceea ce mă înspăimînta s-a întîmplat: am căzut pe scări.

Din acea clipă, percepeam mai tot ce mă impresiona; dacă făceam un pas greșit, mă vedeam seara lunecînd, căzînd și apoi lovindu-mă; mulțimea mă înconjura, după care totul devenea din nou vag, fără să-mi pot da seama de nimic. Dacă mi se întîmpla să ies în trăsură, mă vedeam seara în aceeași trăsură și numai decît accidentul se întîmpla: apărea un tramvai care speria calul sau tramvaiul sărea de pe șine și răsturna trăsura. Mă vedeam atunci pe jos și iarăși multă lume; apoi totul se termina fără să știu cum. De cîte ori aveam această halucinație cu accidentul de trăsură, mi se părea că mă aflu în vecinătatea aceluiași magazin, cu toate că nu mi s-a întîmplat niciodată ceva asemănător.

Peste un an, cînd îmi erau mîinile amorțite, mă aflam la Pitești, pe un balcon. Cu toate că eram departe de balustradă, mi s-a făcut deodată o frică îngrozitoare să nu cad în stradă și am intrat imediat în cameră. După cîteva ore, m-am simțit foarte neliniștită. Vorbeam cu cei care mă înconjurau și nu puteam să fiu atentă decît la imaginile care se desfășurau în fața ochilor mei ca un film cinematografic. Vedeam cum cad și lumea care se aduna în jurul meu. Cîteva nopți mai tîrziu am avut din nou această halucinație.

În ultimul timp, după ce mi s-a scos lichid cefalorahidian, m-am văzut, de multe ori aplecată asupra mea însumi, îmi întrevedeam scheletul și observam cum mi se desfăceau vertebrele, care erau ieșite în afară și cum intra acul; schițam atunci o mișcare; coloana vertebrală își relua forma normală, acul strîns între vertebre se sfărîma. Mi se părea că simt o frică mare ca nu cumva să urce tot mai sus. Atunci mă gîndeam că dacă se urcă pînă la creier, nu aș mai ști ce să mă fac.

Apoi, mi se părea că eprubeta care conținea lichidul se sfărîmase, sau că se sfărîma pe drum. Mă întrebam atunci cum am să mai pot îndura încă o dată aceeași operație și tremuram de teamă. Mi se părea că mi se scoate tot lichidul și că din această cauză sufeream mult".

Pe lîngă aceste halucinații, bolnava mai avea și altele: Cînd cosea, îi era teamă să nu se înțepe în ochi; se vedea atunci cu ochiul umflat și ulcerat, plin de puroi, și desfigurată.

Nu de mult, la spital, a avut halucinații vizuale diverse, precum și iluzii vizuale; o pernă pusă pe unul din paturile sălii, unde se afla singură, lua înfățișarea unui cap de mort etc.

Aceasta este observația bolnavei. Să vedem ce fel de interpretare i se poate da.

Tipul clinic al cazului este acela al sclerozelor combinate. Natura bolii rămîne enigmatică. Cu toate că nu se poate tăgădui în mod absolut sifilisul, nici nu se poate infirma. Obiceiul pe care bolnava îl luase de a se culca în pivniță ca să citească, a jucat pe cît se pare un rol în mersul bolii. În adevăr, s-au văzut frecvent paraplegii (reumatismale?) ivindu-se în asemenea condiții. Reacțiile lichidului cefalorahidian acuză în acest caz o participare a meningelor, dacă nu o leziune primitivă a acestora.

Halucinațiile nu par în raport direct cu procesul care a determinat paraplegia, chiar dacă ar fi vorba de sifilis.

S-au descris halucinații la sifilitici; dar bolnava noastră nu prezintă nici o altă tulburare psihică, nici somatică, de natură cerebrală. Dimpotrivă, această bolnavă este o fobică; fobia croșetului, de pildă, este foarte pronunțată la ea.

La fobici şi la obsedaţi, s-au văzut în unele cazuri, halucinaţii. Credem că fenomenele observate la bolnava noastră trebuie să se claseze în această categorie.

Tulburările mersului, ale sensibilităţii etc., reamintesc necontenit în mintea bolnavei infirmitatea ei şi trezesc frecvent în ea ideea de moarte. De aici, orientarea specială a halucinaţiilor spre imagini avînd un oarecare raport cu moartea. Este vorba de halucinaţii autoscopice care se adaptează cu infirmitatea ei.

A fost, dimpotrivă, cu neputinţă să se observe o influenţă precisă a stării psihice asupra stării somatice.

МНОЖЕСТВЕННЫЕ ГАЛЛЮЦИНАЦИИ, ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ АУТОСКОПИЧЕСКИЕ, У ПАРАПЛЕГИЧЕСКОЙ БОЛЬНОЙ

(КРАТКОЕ СОДЕРЖАИИЕ)

Описываются наблюдения одной 22-летней больной, страдающей спазматической параплегией неопределенной природы (во всяком случае, не сифилитической, так как реакция Вассермана отрицательна), которую можно, повидимому, поставить в связь с тем фактом, что больная имела привычку читать в погребе, лежа на ковре. Основной симптом состоит в устрашающих галлюцинациях, причем одни из них связаны с мыслью о смерти, а другие имеют аутоскопическое содержание. Больная видит себя упавшей, с разбитой головой, на ступеньках университета, собравшихся вокруг нее людей и т. п.

Та же сцена повторяется с различных вариантах. Например, больная видит себя в опрокинувшейся коляске, собравшуюся вокруг нее толпу и т. п.

Больная, в сущности, была психастеничкой (у нее наблюдались фобии); галлюцинации были связаны с этим заболеванием. Боязнь упасть была постоянной и развивалась параллельно прогрессивному течению параплегии.

HALLUCINATIONS MULTIPLES, NOTAMMENT AUTOSCOPIQUES, CHEZ UNE PARAPLÉGIQUE

(RÉSUMÉ)

On présente le cas d'une malade de 22 ans, atteinte de paraplégie spasmodique, de nature indéterminée (la syphilis n'était pas vraisemblable, la R. B. W. négative) qui semblait en rapport avec le fait qu'elle avait l'habitude de lire dans une cave, couchée sur un tapis. Le symptôme essen-

tiel consistait en hallucinations terrifiantes, en rapport avec l'idée de mort, d'autres avec un contenu autoscopique. La malade se voyait le crâne fracassé, gisant sur les marches de l'Université, de nombreuses personnes se trouvaient autour d'elle, etc.

La même scène se répétait, seuls les détails en variaient ; par exemple, la malade se voyait dans une voiture renversée, la foule autour d'elle, etc.

La malade était, d'ailleurs, une psychasthénique (phobique) et les hallucinations ressortissent de cette maladie. La peur de tomber était permanente et évoluait parallèlement avec le progrès de la paraplégie.

DELIR CRONIC INTERPRETATIV BAZAT PE ASONANŢE*

În cele ce urmează, dăm observaţia clinică a unui bolnav atins de o formă rară de delir cronic sistematizat, prezentînd în acelaşi timp o tendinţă permanentă la întrebuinţarea de cuvinte asemănătoare prin asonanţă. Această asonanţă serveşte tocmai ca punct de plecare al interpretărilor, sindromul clinic în chestiune prezentînd o analogie cu „delirul de simbolism verbal" descris de Morselli.

Iată pe scurt istoria clinică a acestui bolnav :

I. S., de 50 de ani. Contabil, căsătorit, are copii. Bolnavul nu este internat; îşi vede de ocupaţiile sale. Are o fată maniacă; aceasta a fost internată la ospiciul „Socola".

I. S. prezintă un „delir de cuvinte". Într-o lucrare a sa intitulată „Lumina" el îşi dezvoltă ideile sale prin care, de altfel, crede că va reforma omenirea, producînd o tinereţe nesfîrşită, o fericire fără margini, o viaţă fără boală, fără dureri, şi fără moarte.

Cităm fragmente din această compoziţie :

„Lumina, pe care *lume-n'are,* şi dacă în aparenţă o avem, ea nu este altceva decît o *lumină-re*(*a*)... etc. Aşadar, dacă voim să *aflăm* n'avem decît să bine *cuvîntăm*(*cu-vînt=cu duh*) căci cum ne *minte minte*(a), aşa ne *car*(ă) *carne*(a), precum ne *car*(*ă*) *carte*(*a*) etc.

În diferite jocuri de cuvinte, bolnavul găseşte cheia misterului care „ne ţine pe loc, căci *nu înaintăm* deoarece înotăm ca acei *dinainte,* astfel sîntem *urmăriţi* de moarte, fiindcă *urmăm* pe cei din urmă. Deci să nu vă uitaţi la cei *uitaţi,* care ne-au *uitat,* să nu *semănaţi* celor ce v-au *semănat*". Bolnavul ne anunţă foarte misterios că : „nu numai împrejurările de faţă, ci şi cuvîntul de *a pleca* cu ambele sale înţelesuri, ne arată precum că stăm înaintea dezastrului de pieire al lumii întregi, de care însă ne poate salva numai voinţa omenească care este cea dumnezeiască".

În faţa acestui „*Wir-war*" (*Qui pro quo*) care este un „*Wahres wir*" (adevărat noi), „nimeni afară de mine, nu poate spune nimic, deoarece noi sîntem dumnezeu şi dumnezeu este noi". Această idee de mărire este caracteristică pentru bolnavul nostru. Într-adevăr numai el poate cunoaşte importanţa legăturii misterioase între cuvinte.

Aşa de exemplu, cine ştie că din „Nepota" (1, 2, 3, 4, 5, 6) (nepoată) se poate face „Noapte" (1, 4, 6, 5, 3, 2)? Lucrul acesta numai el îl vede, şi încă „foarte clar" deoarece

---

* În colaborare cu A. Stocker. Prezentată la Societatea de neurologie, psihiatrie şi psihologie, din Iaşi, februarie 1919. Publicată în „Bulletins et mémoires de la Société de neurologie, psychiatrie et psychologie de Jassy", 1919, an. I, nr. 2, şi „Spitalul" 1919, nr. 5—6.

şi în limba germană se trece foarte uşor de la „Nichte" la „Nacht". Dar relaţiile dintre „Anul" (1, 2, 3, 4) „Luna" (4, 3, 2, 1) „Nula" (2, 3, 4, 1) „Lanu" (?) (4, 1, 2, 3) — pe care el le înţelege şi le „traduce" „la nimic", cine la ştie? Clipind dintr-un ochi, cu un zîmbet de om conştient de înalta sa valoare şi de „ştiinţa" sa „covîrşitoare", continuă: „Eu S., căci după zile nesfîrşite nu putea număra nici lunile nici anii". Toate acestea nu pot fi aflate decît prin „ştiinţa" sa, singura adevărată.

Prin argumente de asemenea natură, demonstrează că numai în capul lui sînt „lucrurile limpezi", pentru ceilalţi nici „Wir" (noi) şi „Ihr" (voi) nu sînt clare. Şi cum ar fi dacă „Wir " este egal cu „Wirr" (confuz), iar „ihr" cu „Irr", (rătăcit, nebun).

Cu puterea sa de „convingere" el poate vindeca pe oricine şi stăruie cu multă insistenţă să i se faciliteze punerea în practică a „ştiinţei" sale. Între mijloacele sale de „reîntinerire" figurează şi „laptele de fată mare" etc., care alături de alte idei de acelaşi gen, dau un colorit erotic evident, aspiraţiilor bolnavului.

În general, bolnavul este foarte satisfăcut, veşnic cu zîmbetul de buze.

Pretutindeni, atît în vorba cît şi în scrierile bolnavului, se dă în vileag tendinţa la rimare. Aşa de pildă:

„Nu vă plecaţi banului care vă bănuieşte;
„Nici leului care vă jupuieşte,
„Ci numai naturii fiindcă ea vă hrăneşte.
„Acela care v-a deprins a zice Doamne miluieşte,
„Zace în pămînt şi nu mai trăieşte;
„Deci ascultaţi celuia care vă sfătuieşte,
„Frăţeşte şi vă lămureşte,
„Cum viaţa omului se întăreşte
„Precum se îndulceşte
„Şi se întinereşte
„Deci se mai prelungeşte
„După cum vă pot dovedi prin fapte, dar adevărat omeneşti".

Bolnavul cere cu insistenţă concursul spunînd:

„Înlesniţi-mă numai cu ocazia ca să fac Experienţă
„Căci ştiinţa mea naturală întrece cea mai înaltă inteligenţă.
„Spre a ne scăpa de decadenţă.
„Însă mult timp să nu vă mai gîndiţi,
„Căci prea tîrziu o să vă treziţi,
„Dacă veţi neglija
„De a examina
„Cît se poate de exact..." etc. etc.

Ideile sale de mărire se oglindesc încă o dată în încheierea „Luminei", unde spune sentenţios: „După mine va pieri întreaga lume; însă cu mine surorile şi fraţii mei, adică toţi oamenii vor trăi paşnic şi veşnic c.m.d.s.".

Bolnavul este ferm convins de importanţa lucrurilor, pe care le debitează cu o elocvenţă vie întovărăşită de gesturi şi dacă cineva caută să-i obiecteze ceva, îl priveşte de sus cu un surîs compătimitor şi binevoitor fără a se supăra de loc. Manifestă o vădită tendinţă să comunice la cît mai mulţi din ideile sale şi nu refuză de a le expune în public, ţinînd astfel adevărate discursuri.

Punctul penibil pentru el este momentul, cînd silit de împrejurări, se vede nevoit să-şi întrerupă peroraţiile interminabile.

Toate acestea nu-l impiedică, pe cît se pare, de a-şi vedea de ocupaţiile sale de contabil.

Bolnavul are o ţinută îngrijită şi curată, purtînd faţa complet rasă.

Pe lîngă o uşoară exoftalmie, iese în evidenţă un prognatism al maxilarului inferior, dînd feţei un aspect acromegaloid. Statura sa este deasupra mijlociei.



Tulburările psihice pe care le-am întîlnit aici şi care prezintă un caracter eminamente cronic, au devenit o a doua natură, fără exacerbări, fără remisiuni. După cum am văzut, ele constau într-un delir ambiţios (descoperirea unui sistem filozofic cu urmări practice considerabile), bine constituit, bine sistematizat dar lipsit de idei de persecuţie.

Pînă aici i se poate aplica eticheta clinică de „paranoia".

Continuînd însă cu examenul bolnavului se constată că întreaga sa clădire delirantă prezintă alături de „simbolismul verbal" şi asonanţe un fond euforic, manifestat printr-o stare de satisfacţie, de mulţumire de sine, cu exagerarea foarte însemnată a autoaprecierii care se întîlneşte de obicei şi la maniaci.

Nimic nu-i poate zdruncina credinţa, nimic nu-i poate tulbura optimismul „ştiinţei" sale.

Se poate discuta aici dacă avem aface cu un delir cronic sistematizat, o „paranoia", sau cu o manie cronică.

Individul, pe lîngă tendinţa de asonanţe şi formarea de rime, ne mai prezintă un punct interesant, anume faptul că este părintele unei fete atinse de manie. Acest „delirant cronic" mai prezintă încă un punct de contact cu psihozele afective: după vederile lui F o r s t e r, boala sa şi aceea a fiicei sale trebuie să fie de aceeaşi natură — ereditatea în psihoza maniaco-depresivă, fiind specifică.

Credem, fără a putea afirma în mod absolut identitatea cazului cu psihozele maniacale, că el poate fi considerat cel puţin, ca foarte înrudit.

ХРОНИЧЕСКИЙ БРЕД РЕЗОНЕРСТВА, ОСНОВАННЫЙ НА СОЗВУЧИЯХ

(КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ)

Описывается наблюдение одного 50-летнего бухгалтера, довольно успешно выполнявшего свои профессиональные обязанности, но вместе с тем страдавшего хроническим систематизированным бредом, основанном на созвучиях.

Созвучия некоторых слов того же языка или разных языков приводили его к весьма любопытным выводам о том, что небо в действительности является морем, что потребление мяса ведет мир к гибели, что он нашел средство возродить человечество.

Эти идеи интегрировались в бред тщеславия (открытие определенной философской системы с огромными практическими последствиями), который был систематизированным, но лишенным идей преследования.

Бред развился на эйфорическом фоне с чрезмерно высокой самооценкой. Дочь больного страдает манией.

Что касается диагноза, то в данном случае можно предположить либо параною, либо хроническую манию. Авторы склоняются к тому мнению, что данное заболевание ближе к хронической мании.

DÉLIRE CHRONIQUE INTERPRÉTATIF À PARTIR D'ASSONANCES

(RÉSUMÉ)

On présente le cas d'un comptable de 50 ans, qui accomplissait correctement sa tâche professionnelle, mais qui présentait en même temps un délire chronique systématisé, basé sur des assonances.

L'assonance de certains mots de la même langue ou de langues différentes le conduisaient à des conclusions bizarres : que le ciel est en réalité une mer, que l'alimentation carnée conduit le monde à sa perte, que lui-même possèdait le moyen de régénérer l'humanité.

Ces idées l'intégraient dans un délire d'ambition systématisé (la découverte d'un système philosophique à conséquences pratiques considérables), mais sans idées de persécution.

Le délire apparaît sur un fond euphorique avec exagération de l'auto-appréciation. Le malade a un fille maniaque.

Le diagnostic peut être discuté entre la paranoïa et la manie chronique. Les auteurs inclinent vers cette deuxième psychose.

IV. ASISTENŢA, PROFILAXIA ŞI TRATAMENTUL BOLILOR MINTALE

PROFILAXIA BOLILOR MINTALE ȘI IGIENA MINTALĂ ÎN ROMÎNIA*

Alienația mintală constituie cu siguranță una din calamitățile omenirii.

Ea provoacă multă suferință morală nu numai bolnavilor, dar poate chiar în mai mare măsură, familiilor lor. Guvernul cheltuiește o mare parte din venitul spitalelor pentru întreținerea acestor bolnavi și mulți dintre ei rămîn fără asistență în țara noastră.

Se înțelege că această problemă, care se impune de altfel pretutindeni celor însărcinați cu sănătatea publică și mai ales igieniștilor și psihiatrilor, trebuie să fie de asemenea în atenția noastră.

Pentru acest motiv am fost însărcinat cu o dare de seamă asupra acestei probleme.

Autorii mai vechi au fost preocupați și ei de problema profilaxiei bolilor mintale în Romînia. Astfel, profesorul Felix, fost director al Serviciului sanitar, Neagoe etc. s-au ocupat de profilaxia pelagrei, dar, din păcate, fără prea multe rezultate practice. Profesorul Obregia a avut în vedere mai ales lupta contra alcoolismului, și din acest punct de vedere se pare că pericolul acestei intoxicații este mai mare la populația orașelor, unde este mai răspîndită.

Cu ocazia celui de-al III-lea congres al societății noastre, profesorul Obregia a propus chiar înființarea unei societăți pentru profilaxia bolilor mintale -- dar această societate nu s-a înființat.

Mai recent, profesorul Ballif, care a participat la Congresul Internațional de Igienă Mintală ținut la Chicago, a devenit un propagandist entuziast al activității sociale pe acest tărîm, și la fel Preda din Sibiu. El a înființat pe lîngă spital un dispensar, pentru profilaxia bolilor mintale.

---

* Raport prezentat la Al XIV-lea congres al Societății romîne de neurologie, psihiatrie, psihologie și endocrinologie, Cluj, octombrie 1934. Publicat în „Bulletin de la Société roumaine de neurologie, psychiatrie, psychologie et endocrinologie", 1934, nr. 6.

El a întreprins anchete asupra felului de trai al bolnavilor şi al familiilor celor care vin la consultaţii, asupra antecedentelor etc. şi aceasta numai cu un singur medic care lucrează benevol.

La Bucureşti, la policlinica „Iubirea de oameni" s-a înfiinţat de asemenea un dispensar, unde K r e i n d l e r, cu concursul psihologului W e i g e l, desfăşoară o activitate terapeutică şi profilactică din punct de vedere psihic, pentru copiii bolnavi şi arieraţi.

Eu însumi am făcut o lucrare asupra profilaxiei bolilor mintale în Romînia şi ca şi colegii mei B a l l i f şi P r e d a, am ţinut o conferinţă cu acest subiect.

La rîndul său profesorul B a l l i f a propus înfiinţarea unei societăţi pentru igiena mintală în Romînia.

Dacă această propunere nu a avut un prea mare răsunet în afara societăţii noastre, totuşi se poate afirma că propaganda dusă în acest scop nu a rămas infructuoasă, deoarece membrii Societăţii romîne de neurologie, psihiatrie, psihologie şi endocrinologie îşi consacră o parte din ce în ce mai mare a activităţii lor, problemelor de igienă şi profilaxie mintală, şi se poate afirma că societatea noastră este, în acelaşi timp, o societate pentru profilaxia şi igiena mintală.

Voi arăta acum starea actuală a acestei probleme.



Din ce punct de vedere trebuie să privim problema profilaxie mintale în Romînia?

După părerea noastră, înainte de orice trebuie să ştim care este repartizarea bolilor mintale după diagnostic, în diferite regiuni ale ţării. Pe de altă parte trebuie să căutăm factorii care le determină. Cu alte cuvinte, trebuie să ştim ce trebuie prevenit, în ce regiuni şi în ce fel?

În lipsa unei statistici generale a bolilor mintale în ţara noastră, trebuie să ne ghidăm după cum sînt distribuite diferitele lor forme în spitalele noastre de specialitate.

În acest scop m-am adresat şefilor de servicii şi mai ales directorilor spitalelor de alienaţi cerîndu-le statistici în legătură cu spitalul lor şi părerea lor asupra mijloacelor profilactice pe care le găsesc mai nimerite.

Cea mai mare parte dintre ei au binevoit a-mi răspunde şi chiar mi-au dat statistici minuţioase pentru mai mulţi ani.

Din lipsă de spaţiu îmi este imposibil să le reproduc aci.

Mă voi mulţumi să vă indic numai variaţiile principalelor boli mintale în Romînia în general, şi să stabilesc principalele variaţii regionale, de a căuta motivele acestora, tot aşa ca şi mijloacele cele mai bune pentru prevenirea bolilor mintale, şi în acelaşi timp să arăt ce este de făcut pentru o bună igienă mintală în Romînia.

Limitele procentuale ale oscilaţiilor diferitelor boli mintale în spitalele noastre de specialitate au fost pentru psihozele exogene (mai ales cu etiologie exogenă) următoarele:

Paralizie generală (şi psihoză pe bază sifilitică)	9,3–37,4
Pelagră	0,3–16,83
Alcoolism	0,9– 5
Encefalită (şi urmările ei)	1–3,5

Grupul oligofreniilor, a căror etiologie este atît exogenă cît și endogenă, cuprinde după diferitele spitale de alienați un număr de 3—12% bolnavi.

Nu am suficiente date pentru epilepsie, deci cu această ocazie nu voi insista asupra acestui punct.

Cele două grupe principale de psihoze cu etiologie în primul rînd endogenă; psihozele afective sau de tip maniaco-melancolic pe de o parte, și cele schizofrenice și delirante (paranoice și paranoide) pe de altă parte sînt reprezentate într-o proporție de 2,5—16,23%, pentru primele și 5,7—19,5% pentru celelalte.

Cele mai frecvente dintre psihozele exogene sînt psihozele pe bază sifilitică (mai ales paralizia generală) și pelagra, și într-o mai mică măsură psihozele alcoolice și encefalitice.

O importanță tot atît de mare ca și a psihozelor de origine sifilitică și pelagroasă revine celor două mari categorii de psihoze endogene.

Dacă se ține socoteală de factorii regionali se constată că procentul cel mai ridicat al paraliticilor generali se găsește în Lugoj, apoi urmează București, numărul fiind la Costinjeni de 9,3%.

Psihozele pelagroase al căror procent este de numai 0,3% la Lugoj, la Cluj, la Diciosînmartin, urcă la 8% la Cernăuți, la 11,8% la Costinjeni și la 18,83% la Iași.

Cel mai mic procent de psihoze alcoolice se găsește la Cluj și la Cernăuți 0,9%, cel mai mare la București 7%, la Diciosînmartin 5,6% și la Costinjeni 5%.

Cel mai mic procent de psihoze encefalitice se află la Diciosînmartin și la Lugoj 1%, cel mai mare la Cernăuți 3,8%.

Proporția cea mai mică de psihoze maniaco-depresive s-a semnalat la Sighet 2,5%, la fel cele schizofrenice 7,4%. Proporția cea mai mare de psihoze maniace și depresive a fost observată la București și la Iași 16,23%, cea a psihozelor schizofrenice la Diciosînmartin 42,3%, apoi la Costinjeni 19,50%.

Dar numărul mare de bolnavi la Diciosînmartin se datorește faptului că în acest spital — la care s-a alăturat o colonie de familii — se primesc mai ales bolnavi cronici, capabili să muncească. Statisticile de mai sus, oricît de aproximative ar fi, au totuși o valoare informativă destul de mare.

Deci, trebuie avut în vedere, din punct de vedere profilactic, mai întîi paralizia generală și pelagra, apoi alcoolismul și encefalita epidemică, dintre psihozele exogene, și numărul mare de psihoze endogene.

Dar problema profilaxiei pelagrei se pune în primul rînd în Moldova, în Basarabia și Bucovina, într-o mai mică măsură în Muntenia și este de mică importanță în Transilvania etc.[1]).



Să vedem acum ce este de făcut pentru profilaxia bolilor despre care am vorbit.

---

[1]) Aprecierea era valabilă la data tipăririi articolului. — *C.P.*

Profilaxia psihozelor sifilitice şi mai ales a paraliziei generale s-ar putea face în mod sigur dacă s-ar reuşi să se prevină sifilisul sau cel puţin să fie tratat eficace de la apariţia sa.

Nu mă voi ocupa de marea problemă a profilaxiei sifilisului.

Aceasta este o problemă socială gravă care depăşeşte cadrul acestei dări de seamă.

În ceea ce priveşte tratamentul curativ al sifilisului o dată dobîndit, rămîne de discutat care este cel mai bun tratament şi în ce măsură avem vreunul care să dea rezultate indiscutabile.

Poate că piretoterapia ar trebui aplicată tuturor sifiliticilor sau cel puţin acelora la care s-a constatat semnale de alarmă privind atingerea sistemului nervos.

Ar trebui depistate toate cazurile de sifilis şi să li se recomande acestor bolnavi să consulte din cînd în cînd un specialist în neuropsihiatrie, pentru a lua toate măsurile în momentul cînd se constată cea mai mică ameninţare din partea sistemului nervos.

Poate în acest fel s-ar vedea, dacă nu dispariţia, cel puţin o micşorare a numărului psihozelor sifilitice şi mai ales a paraliziei generale.

Cît despre profilaxia pelagrei ar trebui să se caute a i se ridica ţăranului standardul de viaţă, cu alte cuvinte să i se amelioreze condiţiile de existenţă, căci, cu siguranţă este vorba de o boală prin carenţă alimentară, dacă nu de o boală în general prin insuficienţă alimentară.

În ceea ce priveşte psihozele pe bază encefalică, trebuie să se facă cunoscut marelui public şi medicilor nespecialişti, că infecţiile uşoare, mai ales de tip gripal, pot să antreneze leziuni nervoase, adesea cu răsunet întîrziat şi că unele boli nervoase de mică importanţă la început, pot fi urmate după un oarecare timp de grave manifestări encefalitice mai ales de tip parkinsonian. Exemple sînt paralizia facială sau spasmul facial.

Va trebui intensificată propaganda antialcoolică. Se pare că aceasta ar putea da rezultate mai ales asupra persoanelor cu o oarecare cultură. Printre ţărani însă, mai ales în anumite regiuni, alcoolismul este destul de răspîndit.

Trebuie să facem ca populaţia să ştie că alcoolismul cronic ca şi starea de beţie în momentul concepţiei, pot duce la degenerarea descendenţilor (idioţie, imbecilitate).

Din acest ultim punct de vedere, trebuie să ţinem seama de asemenea că descendenţii guşaţilor sînt adeseori cretini şi va trebui să facem profilaxia guşii endemice (mai ales prin sare iodată şi administrarea de iod femeilor gravide în regiunile cu guşe[1]).

Trebuie cunoscut de asemenea că radioterapia ovariană şi unele mijloace anticoncepţionale, pot de asemenea duce la apariţia de cazuri de oligofrenie printre descendenţi.

Mai dificilă însă va fi profilaxia psihozelor endogene.

Studiul mediului familiei, al antecedentelor, al constituţiei fizice şi psihice a copiilor poate fi util din acest punct de vedere.

---

[1]) Aplicarea acestui tratament s-a început sporadic în anii următori, iar în mod organizat din 1945 şi pînă în prezent. — *C.P.*

Un rol important va reveni învăţătorilor, profesorilor, medicilor şcolari în a decela la timp, predispoziţiile psihihopatice pentru manie sau melancolie sau pentru psihozele de tip schizofrenic sau paranoid cu scopul de a putea interveni cu mijloace de tratament igieno-dietetic şi opoterapic pentru a preveni în măsura în care este posibil apariţia psihozelor.

Surmenajul şcolar intelectual şi afectiv va trebui evitat deoarece se pare că poate contribui la dezvoltarea psihozelor endogene.

Profilaxia bolilor mintale endogene (sau cu predominanţă endogenă) pare că s-ar putea adresa şi demenţei senile şi celei prin arterioscleroză.

De cînd cercetările mele cu Ornstein ne-au permis să găsim un indice de vîrstă (raportul protide/lipide), noi putem controla în ce măsură vîrsta biologică a individului este eventual mai avansată în raport cu numărul său de ani şi să încercăm la timp un tratament adecvat, căci pare că unele mijloace opoterapice actuale au oarecare eficacitate din acest punct de vedere.

Raporturile colesterolemiei cu arterioscleroza impun un tratament preventiv a acesteia din urmă şi deci şi a demenţei pe care o poate determina.

Terapeutica are astfel de tratamente. Noi cităm de exemplu tiroxina.

Vorbind de profilaxia bolilor psihice trebuie să spunem cîteva cuvinte asupra profilaxiei crimei.

Ea se confundă în parte cu a bolilor mintale, cei mai mulţi criminali putînd fi consideraţi psihopaţi.

Dar trebuie să ne gîndim şi la o profilaxie morală, prin realizarea unui mediu social în care respectul fiecărui individ să devină parte integrantă a vieţii psihice a membrilor ce o constituie.

O serie întreagă de alte măsuri sociale sînt de realizat în vederea unei bune igiene psihice. Voi cita între altele lupta contra zgomotului din ce în ce mai accentuat în unele oraşe şi care la Bucureşti este considerabil.

S-a protestat adeseori contra acestui rău destul de dăunător psihic, însă nu s-a făcut practic aproape nimic pînă acum.

ПРОФИЛАКТИКА ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПСИХИЧЕСКАЯ ГИГИЕНА В РУМЫНИИ

(КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ)

Автор настаивает на социальном значении психических заболеваний, которые приносят страдания больным и их семьям, а государству крупные расходы.

В кратком историческом обзоре упоминаются врачи, занимавшиеся профилактикой психических болезней в Румынии: профессора Феликс и Обрежа, профессор Баллиф, д-р Крейндлер и др. Отмечается роль Румынского общества нейропатологов, психиатров и психологов в развитии и разработке этой проблемы.

В кратком статистическом обзоре, составленном на основе данных, предоставленных соответствующими больничными учреждениями, автор указывает, что наиболее часто встречающимися экзогенными психозами являются сифилитические и пеллагрозные, в меньшей степени — алкоголические и энцефалические.

Основные две категории эндогенных психозов, а имеиио: маниакально-меланхолические, с одной стороиы, и шизофренические и бредовые, с другой — также встречаются довольно часто.

Указываются районы, в которых профилактика пеллагры выступает на первый план.

Профилактика прогрессивного паралича проводится путем предупреждения и правильного лечения сифилиса, а также путем периодического нейропсихического коитроля больных, профилактика пеллагры — путем улучшения условий питания крестьян, профилактика алкоголизма — путем противоалкоголической пропаганды, профилактика зоба — путем применения иодированной соли. Профилактика эндогенных психозов более затруднительна. Для этой цели необходимо изучать среду и сомато-психическую констнтуцию. Важная роль приходится на долю воспитателей в смысле выявления предрасположения к меланхолии, шизофрении, параное и т. п. для проведения соответствующей опотерапии. Следует предупреждать переутомление учащихся.

Профилактика старческих исихозов свизана с профилактикой артериосклероза и гиперхолестеринемии.

Для осуществления моральной профилактики психических болезней и преступлений необходимо создание такой социальной среды, в которой уважение к жизни и личности каждого человека стало бы неотъемлемой частью психической функции членов общества.

LA PROPHYLAXIE DES MALADIES MENTALES ET L'HYGIÈNE MENTALE EN ROUMANIE

(RÉSUMÉ)

L'auteur insiste sur l'importance sociale de l'aliénation mentale qui entraîne les souffrances des malades et de leurs familles et cause de grosses dépenses à l'État.

Dans un bref aperçu historique, on parle des médecins qui se sont occupés de la prophylaxie des affections psychiques en Roumanie : les professeurs Felix et Obregia, en premier lieu, puis Ballif, Kreindler, etc. On souligne le rôle important de la Société roumaine de Neurologie, Psychiatrie et Psychologie.

Dans une courte étude statistique, élaborée sur les données fournies par les hôpitaux de psychiatrie, l'auteur démontre que les psychoses exogènes les plus fréquentes sont provoquées par la syphilis et la pellagre et, à un moindre degré, par l'alcoolisme et les encéphalites.

Les deux grandes catégories de psychoses endogènes : maniaco-mélancolique et schyzophrénique et délirantes sont également fréquentes.

L'auteur montre quelles sont les régions où la prophylaxie de la pellagre se trouve au premier plan.

La prophylaxie de la paralysie générale s'effectue par prévention et traitement correct de la syphilis, par un contrôle neuropsychiatrique périodique des malades ; celle de la pellagre, par amélioration des conditions alimentaires des paysans ; celle de l'alcoolisme, par la propagande antialcoolique ; celle du goitre, au moyen du sel iodé.

La prophylaxie des psychoses endogènes est plus difficile. On devra étudier le milieu et la constitution somatopsychique. Les éducateurs ont un rôle important, car ils peuvent dépister les prédispositions à la mélancolie, la schyzophrénie, le paranoïa, etc., afin de pouvoir instituer un traitement opothérapique. On doit éviter le surménage scolaire.

La prophylaxie des psychoses séniles va de pair avec celle de l'artériosclérose et de l'hypercholestérolémie.

Pour réaliser une prophylaxie morale de l'aliénation mentale et du crime il faut réaliser un milieu social où le respect de la vie et de la personnalité de chaque individu soit devenu partie intégrante de la fonction psychique de ses membres.

PROBLEMA GUȘII, A CRETINISMULUI ȘI A SURDO-MUTISMULUI ENDEMIC ÎN ROMÎNIA *

Problema cretinismului și a gușii endemice este la ordinea zilei. Se discută în special raporturile primului precum și ale surdo-mutismului endemic cu cea de-a doua, de asemenea și acelea dintre gușa endemică și condițiile geologice, hidrice, absența iodului în alimentație etc.

Pretudindeni unde această distrofie endemică bîntuie populația, ne interesează profilaxia ei și pare că avem acum mijloace care dau din acest punct de vedere rezultate de netăgăduit.

Romînia este una din țările care au tristul privilegiu al gușii endemice, precum și al celorlalte tulburări indicate în titlul acestei comunicări.

Într-o lucrare foarte interesantă, Liviu Cîmpeanu (din Cluj) s-a ocupat de statistica și de profilaxia gușii și cretinismului endemic în Romînia.

Am avut eu însumi ocazia de a studia această problemă în 1914, cînd prof. Cantacuzino, pe atunci director general al serviciului sanitar, îmi încredințase efectuarea unui studiu statistic asupra bolilor nervoase și mintale din Romînia.

O dată cu schimbarea guvernului și a direcțiunii generale sanitare, misiunea mea a încetat, de asemenea au rămas nepublicate și studiile mele asupra gușii, cretinismului și surdo-mutismului.

Voi arăta în această notă unele din constatările mele de atunci, comparîndu-le cu acelea ale lui Cîmpeanu și voi discuta în plus anumite probleme în raport cu aceea pe care mi-am propus să o tratez.

Statisticile cele mai vechi asupra cretinismului în Romînia par a fi cele relatate de Felix.

---

* Comunicare prezentată la Congresul Societății romîne de neurologie, psihiatrie, psihologie și endocrinologie. Sibiu, septembrie 1924. Publicată în „Bulletin de la Société roumaine de neurologie, psychiatrie, psychologie et endocrinologie", 1924, nr. 2.

Acest autor dădea pentru cretinii şi surdo-muţii din vechiul regat următoarele cifre, în anii corespunzători :

	1894	*1895*	*1896*	*1897*
Cretini	1895	1814	1968	1683
Surdo-muţi	—	—	4678	4068

Am găsit eu însumi mai tîrziu cifre mai ridicate :

	1904	*1905*	*1906*	*1907*
Cretini	2803	3201	3144	3146
Surdo-muţi	5403	5754	5743	1198

Cîmpeanu a reluat problema (după 1918) şi mi se pare interesantă comparaţia între cifrele statisticii sale şi cele ce-am cules eu însumi în judeţele vechiului regat.

Ia tabloul alăturat voi da pentru comparaţie cifrele notate de mine în 1908 şi acelea ale lui Cîmpeanu din 1922 în ceea ce priveşte guşaţii, cretinii şi surdo-muţii (1908).

Pentru cîteva judeţe cifrele îmi lipsesc.

	Guşaţi		*Cretini*		*Surdo-muţi*
Judeţe	1908	1922	1908	1922	1908
Argeş	340	644	512	176	369
Bacău	—	161	—	9	—
Botoşani	1	17	7	5	92
Brăila	—	—	35	2	67
Buzău	116	91	18	8	155
Constanţa	—	—	47	0	99
Covurlui	—	—	30	0	75
Dîmboviţa	332	267	74	39	226
Dolj	20	19	27	0	260
Dorohoi	—	—	4	9	151
Fălciu	34	2	—	—	63
Gorj	132	577	112	106	220
Ialomiţa	2	—	59	—	134
Iaşi	—	—	—	—	42
Ilfov	—	357	—	—	201
Mehedinţi	—	—	253	43	299
Muscel	—	—	—	36	—
Neamţ	210	306	45	40	73
Olt	—	20	—	—	—
Prahova	—	—	105	110	(67) şcoala surdo-muţi
Putna	—	—	21	8	78
R. Sărat	—	—	53	0	118
Roman	—	64	9	0	76
Romanaţi	—	2	37	7	155

Județe	*Gușați*		*Cretini*		*Surdo-muți*
	1908	1922	1908	1922	1908
Suceava	301	580	78	74	97
Tecuci	7	0	16	—	41
Teleorman	—	—	26	—	236
Tulcea	—	—	31	—	84
Tutova	—	2	24	—	69
Vaslui	3	—	24	—	112
Vîlcea	140	236	313	69	294
Vlașca	—	11	104	—	196

Dacă se compară rezultatele mele din 1908 cu acelea ale lui Cîmpeanu (1922) se constată creșterea numărului gușaților în anumite județe ca : Argeș, Gorj, Neamț, Suceava, Vîlcea și, din contră, o scădere în celelalte județe ca : Buzău etc.

Aceeași diferență în ceea ce privește cretinii.

Astfel, după Cîmpeanu, se găseau în 1922 în Argeș 176 cretini față de 512 găsiți de mine în 1908.

De asemenea, 69 în Vîlcea față de 313 înregistrați de mine și nici unul în Vlașca, pe cînd eu am găsit 104.

Pentru alte județe asemănarea este uimitoare. Se găseau în Gorj 112 cretini în 1908 și 106 în 1922. În Prahova de asemenea 105 în 1908 și 110 în 1922.

De unde provin diferențele?

În anumite județe este vorba de o scădere sau de o creștere reală a gușaților sau cretinilor (Neamț, Buzău, Dîmbovița, Vîlcea), pentru altele ca Argeșul se pare că într-o statistică s-au desemnat ca gușați un mare număr de bolnavi cuprinși în cealaltă denumire de cretini.

Pe de altă parte, este sigur că, în statistica mea cel puțin (provenind din raporturile date de medici), s-au înglobat sub denumirea de cretini și cazuri de hipogenezie psihică care nu aparțin propriu-zis cretinismului.

Dacă comparăm cifrele mele și ale lui Cîmpeanu cu cele ale lui Felix, se constată o creștere a numărului gușaților și cretinilor.

Dar acest autor afirmă el însuși, că numărul real este probabil mai mare decît acela înregistrat de dînsul.

Această afirmație mi se pare de altfel valabilă atît pentru cifrele mele cît și pentru acelea ale lui Cîmpeanu și trebuie să adaug aici că Oprescu, într-o lucrare foarte interesantă, calculînd numărul gușaților și cretinilor care trebuie să se afle în mai multe județe, după proporția găsită la recruții din armată, ajunge la cifre mult mai însemnate.

Astfel, el crede că numărul gușaților și cretinilor trebuie să fie : Suceava : 7976 ; Neamț : 2779 ; Bacău : 1752 ; Muscel : 6000 aproape ; Gorj : 5922 ; Mehedinți : 578 ; Vîlcea : 3695 ; Argeș : 3694 ; Prahova : 6000 ; Buzău : 300.

În vechiul regat numărul total al gușaților și cretinilor ar trebui să fie după Oprescu de 35 240. Cifra ar fi deci considerabilă.

În rezumat, valoarea statisticilor pe care le avem pînă în prezent mi se pare destul de relativă.

Ele ne dau totuşi date importante asupra topografiei principalelor centre unde endemia este foarte dezvoltată.

După mine problema merită să fie studiată mai de aproape în fiecare judeţ în parte.

Îmi propun să spun cîteva cuvinte asupra altor probleme în raport cu subiectul despre care vorbim.

Cei mai mulţi autori admit existenţa unei legături între guşă şi surdo-mutism. Finkbeiner contestă această ipoteză, cel puţin în ceea ce priveşte un raport cauzal.

Dacă trecem în revistă cifrele noastre, se observă întîi că regiunile în care se întîlnesc guşa şi cretinismul endemic sînt de asemenea foarte bogate în surdo-muţi, ceea ce lasă să se presupună un raport mai strîns între aceste afecţiuni.

Pe de altă parte există surdo-muţi în regiuni lipsite de guşaţi şi cretinism endemic ca : Vaslui, Ialomiţa, Teleorman etc.

Trebuie să tragem concluzia că un număr destul de mare de cazuri de surdo-mutism nu are nimic de-a face cu guşa endemică şi cu cretinismul.

În regiunile în care se întîlnesc toate aceste tulburări, se pot găsi raporturi de simplă coexistenţă (condiţiile climatice favorizînd de exemplu afecţiunile urechii), sau relaţii mai strînse.

Aceste afecţiuni au raporturi (ce trebuie încă precizate) cu cretinismul, sau cu tulburările funcţiei tiroidiene.

Mai importantă mi se pare problema relaţiilor între cretinism şi guşa endemică.

Pentru anumiţi autori aceste raporturi sînt indiscutabile şi cretinismul fiind el însuşi în funcţie de alterarea primitivă a glandei tiroide, nu ar fi decît o formă endemică a insuficienţei tiroidiene.

Este sigur că semnele insuficienţei acestei glande sînt cel puţin la cretini foarte frecvente, dar ar fi exagerat să se confunde cele două stări.

Alţi autori admit ceea ce mi se pare într-adevăr destul de obişnuit că aceşti cretini sînt copii de guşaţi.

Totuşi Finkbeiner neagă orice raport direct între guşa endemică şi cretinism.

Contra ipotezei unui raport cauzal între guşa endemică şi cretinism, el aduce faptul că acesta din urmă este mai frecvent la bărbat pe cînd cel dintîi predomină la femeie.

Acest fapt pare în general adevărat.

Totuşi, după statisticile pe care le am, numărul bărbaţilor guşaţi pare să depăşească pe cel al femeilor în mai multe locuri.

Reluînd o părere mai veche, acest autor interpretează cretinismul ca o formă degenerată a unei vechi rase umane care popula altădată continentul.

El aduce în sprijinul acestor idei, numeroase cercetări antropologice şi mai cu seamă osteologice.

Nu se poate contesta faptul că indivizii cretini par să aparţină în general unei singure familii şi au în consecinţă aerul de a aparţine aceleiaşi rase, dar pe de altă parte mi se pare prematur să neg orice raport între cretinism şi insuficienţa tiroidiană.

Acest raport merită să fie studiat mai de aproape. El ridică importanta problemă a rolului glandelor endocrine în geneza raselor.

Aceasta ar trebui reluată din punct de vedere experimental, de exemplu, să se studieze descendenţii ambilor părinţi etiroidaţi.

Cîteva cercetări în această direcţie au fost deja făcute (Claude şi Rouillard).

Într-o experienţă asemănătoare, Maria Parhon şi cu mine nu am găsit modificări evidente ale glandei tiroide.

Dar experienţele ar trebui făcute pe o scară mult mai întinsă şi să se ţină cont de anumiţi factori (existenţa posibilă a unor tiroide accesorii etc.) care ar putea explica rezultatul anumitor cercetări. Ar trebui studiată de asemenea descendenţa (inclusiv starea tiroidei) la animalele care au suferit alte alterări experimentale ale tiroidei.

Raporturile guşii şi cretinismului ar putea fi lămurite de asemenea şi pe altă cale, şi anume aceea a profilaxiei guşii.

Se discută încă asupra etiologiei acesteia din urmă.

Teoria hidrică este împărtăşită în tot cazul de un mare număr de autori. Dar alături de ultima trebuie să citām pe aceea a carenţei iodului care cîştigă din ce în ce mai mult teren.

Ambele teorii nu par de altfel de neîmpăcat.

Profilaxia guşii se inspiră mai ales din aceste două teorii.

Alimentarea populaţiilor atinse de această boală cu apă provenită dintr-o nouă sursă constituie un mijloc profilactic lăudat de anumiţi autori, dar care, după alţii, nu a dat rezultatele aşteptate.

Administrarea de mici doze de iod la copii, adolescenţi şi chiar adulţi pare din contră un excelent mijloc pentru profilaxia şi tratamentul guşii endemice.

Această metodă a fost intrebuinţată cu rezultate bune în Elveţia, Germania şi America (Eggenberger, Marine etc.).

El a dat de asemenea foarte bune rezultate în guşa care bîntuie în marile culturi de peşte din America.

Se poate spera că printr-o bună profilaxie, această boală să dispară.

Dacă cretinismul este legat de guşă prin raporturi de cauzalitate, ar trebui să dispară în acelaşi timp.

În caz contrar el va persista. Profilaxia guşii constituie o importantă problemă de igienă specială.

Ca şi alţi autori am insistat cu Goldstein, în cartea mea, *Secreţiile interne*[1]), asupra necesităţii de a întreprinde şi în Romînia profilaxia guşii prin sare iodată, care constituie mijlocul cel mai sigur şi cel mai util în actuala stare a cunoştinţelor noastre.

Sînt de părere că congresul nostru dă un caracter de oficialitate ştiinţifică acestei probleme, atrigînd atenţia guvernului asupra nevoii imperioase de a aplica această profilaxie cît şi asupra binefacerilor care vor rezulta din aceasta pentru ţara noastră.

---

[1]) Paris, 1909.

ПРОБЛЕМА ЭНДЕМИЧЕСКИХ ЗОБА, КРЕТИНИЗМА И ГЛУХОНЕМОТЫ В РУМЫНИИ

(КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ)

Автор описывает на основе различных статистических данных (в том числе и данных санитариой службы) топографию районов зобной эндемии, а также и приблизительную численность больных, страдающих зобом, кретинизмом и глухонемотой в различных районах страны.

Автор указывает, что согласно данным Одобеску, в Румыини до первой мировой войны насчитывалось приблизительно 35 240 больных зобом и кретинов.

Далее обсуждается связь зоба с кретинизмом и глухонемотой. В некоторых уездах цифры этих заболеваиий представляют известный параллелизм. Однако глухонемота встречается и в других районах.

Что касается отношения зоба к кретинизму, то автор, в противоположность другими исследователям, считает, что между ними существует тесная патогенетическая связь.

В заключение автор указывает на необходимость профилактики зоба посредством иоднрованной соли и обращает внимание правнтельства на важность этого вопроса.

LE PROBLÈME DU GOITRE, DU CRÉTINISME ENDÉMIQUE ET DE LA SOURDI-MUTITÉ ENDÉMIQUE EN ROUMANIE

(RÉSUMÉ)

En vertu de différentes statistiques, dont celle du service sanitaire, l'auteur détermine la topographie, des régions atteintes par l'endémie goitreuse, ainsi que le nombre approximatif des goitreux, des crétins et des sourds-muets, dans différentes régions.

L'auteur apprécie, d'après Odobescu, qu'avant la première guerre mondiale il y avait en Roumanie à peu près 35 240 goitreux et crétins.

L'auteur discute les rapports qui existent entre le goitre, le crétinisme, et la sourdi-mutité. Dans certains départements, les chiffres de ces affections sont concordants. Il existe pourtant des sourds-muets dans d'autres régions aussi.

En ce qui concerne les rapports qui existent entre le goitre et le crétinisme, l'auteur les considère, à l'encontre de l'opinion d'autres spécialistes, comme étant en étroite connexion pathogénique.

En conclusion, l'auteur montre la nécessité de la prophylaxie du goitre par le sel iodé, en attirant l'attention des officialités sur l'importance de ce problème.

RAPORTURILE DINTRE PSIHIATRIE, ŞTIINŢA DREPTULUI ŞI CRIMINOLOGIE*

Psihiatria are raporturi foarte strînse cu ştiinţa dreptului şi criminologia.

Despre aceste raporturi mi-am propus să relatez în conferinţa de astăzi.

Dar, pentru a le înţelege mai bine, este necesar să vedem ce reprezintă fiecare din aceste trei ramuri ale activităţii omeneşti.

Etimologiceşte, psihiatria înseamnă medicina sufletului şi, într-o primă fază a ei, ea era privită ca neavînd relaţii cu organismul luat în înţelesul somatic.

Progresele realizate în această primă fază sînt cvasi nule.

S-a înţeles însă mai tîrziu că ceea ce se numeşte suflet (mai bine zis funcţiile psihice) este în funcţie de creier şi psihiatrii, pentru a înţelege determinismul alteraţiilor psihice, au studiat în mod paralel pe acestea din urmă şi modificările cerebrale întîlnite la alienaţi.

S-a văzut, în sfîrşit, că viaţa psihică îşi are rădăcinile în organismul întreg, că de pretutindeni pornesc curente centripete ce ajung la conştiinţă, realizînd ceea ce s-a numit cenestezia, că aceste curente centripete sînt în funcţie de starea fiecărui organ sau ţesut, că ele variază cu chimismul organismului, el însuşi condiţionat în bună parte de secreţiile interne, care influenţează de altfel şi sensibilitatea centrilor receptori cerebrali.

Psihiatria de astăzi, reprezintă deci medicina sufletului, dar aceasta este înţeleasă astfel încît modificările vieţii psihice sînt căutate în acelea — foarte variate ca natură şi localizare — ale organismului în totalitatea lui.

Cît pentru ştiinţa dreptului, ar fi desigur temerar din partea mea să dau o definiţie pretenţioasă faţă de nişte specialişti ca cei ce îmi fac în acest moment cinstea de a mă asculta.

* Publicat în „Revista de drept penal şi ştiinţă penitenciară", 1936, nr. 8—9.

Voi spune numai cum un profan în materie de drept concepe această știință și cred că s-ar putea spune că știința dreptului se ocupă cu raporturile indivizilor în societate cu privire la drepturile și datoriile lor și cu sancțiunile ce sînt de aplicat cînd drepturile sînt depășite sau îndatoririle călcate. Dar încă o dată, această încercare de definiție nu are nici o pretenție.

În ce privește criminologia, mi se pare că ea este concepută în mod variat. În această chestiune să-mi fie permis, ca biologist, să am o opinie și anume următoarea : criminologia nu trebuie concepută ca știință care se ocupă cu identificarea criminalilor, precum am auzit spunîndu-se, ci cu studiul condițiilor de producere, cu alte cuvinte al determinismului crimei sau delictelor.

Crima sau delictul pot fi privite ca reacții ale unui sau unor indivizi față de un anumit mediu social.

În ce privește raporturile psihiatriei cu știința dreptului, ele se pot referi la acele două ramuri mari ale ultimei, codul civil și penal.

Anumite articole precizează aceste raporturi.

Astfel, pentru codul civil, articolul 405 prevede : „Majorul care este în stare obișnuită de imbecilitate sau de nebunie cu furie trebuie interzis chiar și cînd are intervale lucide", iar articolul 457 spune : „Interdicția încetează deodată cu cauzele ce au determinat-o. Cu toate acestea nu se va putea permite desființarea ei decît numai observîndu-se formalitățile prescrise pentru a ei pronunțare și interzisul nu va putea reintra în exercitarea drepturilor sale decît după ce se va pronunța și publica hotărîrea pentru a ei desființare".

Articolul 405 trebuie înțeles astfel, încît, intervalele lucide să nu fie mai lungi decît acelea în care funcțiile psihice ale individului sînt profund tulburate.

Interzicerea nu se va pronunța, pe de altă parte, în cazuri de excitație psihică ușoară și se citează din contră, cazuri în care indivizi atinși de ușoară hipomanie, au putut să facă afaceri strălucite, să reușească perfect la examene etc.

Mai este de remarcat faptul că termenii întrebuințați în legislație nu corespund exact termenilor psihiatriei științifice. Astfel termeni de „imbecilitate", „demență", întrebuințați în mod foarte general, ultimul în special, pentru alienația mintală, au în psihiatria științifică o aplicație mult mai restrînsă, iar dacă interdicția nu s-ar aplica decît în cazurile de imbecilitate, sau de nebunie cu furie, majoritatea alienaților ar rămîne în afară de prevederile ei.

Problema ridicării interdicției se pune în special pentru psihozele intermitente, pentru epilepsie, pentru paralizia generală vindecată sau foarte ameliorată și pentru unele psihoze de origine toxică, alcoolism, morfinomanie etc.

Este necesar ca timpul scurs de la ameliorare sau vindecare să fie suficient de lung și de altfel variabil cu psihoza însăși. În plus, în anumite împrejurări, unele rezerve vor fi totuși recomandabile, spre exemplu, cînd va fi vorba de încredințat acestor foști bolnavi situații care ar cere mînuiri de fonduri publice sau private. În aceste împrejurări va fi bine

ca reluarea activității să fie progresivă și încredințîndu-se mai întîi fostului bolnav situații ce comportă o mai mică responsabilitate.

Articolul 449 ne interesează de asemenea.

Acest articol arată că : „După moartea unei persoane, actele săvîrșite de ea nu vor putea fi atacate pe motiv de smintire de minte decît în cazul cînd interdicția acelei persoane va fi fost pronunțată sau cerută înaintea morții sale, afară de cazul cînd dovada smintirii minții rezultă chiar din cuprinderea actului care se atacă".

Anumite acte de vînzare, pe prețuri puțin ridicate, anumite testamente din care se vede un delir sau o stare demențială intră sub prevederile acestui articol. El poate privi, între altele, actele paraliticilor generali, ale demenților senili, ale delirantilor cronici.

În ce privește codul penal, articolul 57 din vechiul cod avea o largă aplicație.

Amintesc că textul acestui articol este următorul :

„Nu se socotește nici crimă nici delict, faptul săvîrșit în stare de sminteală și în orice altă stare de pierdere a uzului rațiunii sale prin cauze independente de voința sa".

Voi reveni imediat asupra foarte numeroaselor cazuri în care acest articol este aplicabil.

Adaug în continuare că articolul 240 din vechiul cod penal, se referă la aceia ce au cauzat alienație mintală prin loviri sau răniri voluntare : „Dacă, în urma loviturilor sau rănirilor voluntare, pătimașul a rămas sluțit, în incapacitate pe toată viața, de a lucra, sau mut, sau orb, sau surd, sau și-a pierdut facultatea de a procreea, *sau a rămas smintit de minte, ori nebun, sau imbecil*, culpabilul se va pedepsi cu închisoare de la 2 pînă la 5 ani și amendă pînă la 2500 lei".

Mai citez în aceeași ordine de idei, articolele 44 și 45 din legea alienaților (1894). Primul spune că : „Orice persoană impiegată într-un stabiliment public, sau privat, și orice supraveghetor sau infirmier sau atașat pe lîngă un alienat care a devenit culpabil cu știință de loviri și răniri comise asupra unui alienat se va pedepsi conform articolelor 208 și următorii din codul penal".

Celălalt (45) prevede : „Orice persoană culpabilă de un atentat la pudoare comis, cu sau fără violență, asupra unui alienat, de sex bărbătesc sau femeiesc se va pedepsi cu recluziunea".

În sfîrșit, articolul 455 din legea sanitară (a lui Moldovan), într-un aliniat, prevede modul de eliberare al alienaților criminali o dată restabiliți : „Eliberarea unui bolnav criminal, zice acest aliniat, nu se va putea face decît după completa lui însănătoșire și după ce o comisie compusă din procurorul local, medicul legist al parchetului și medicul primar care îngrijește bolnavul, va hotărî asupra cazului și va stabili condițiile în care bolnavul va trebui să trăiască în viitor".

Acest articol apără societatea de posibilitatea de noi acte antisociale ale unui „criminal" recunoscut ca alienat și pe de altă parte, se îngrijește și de soarta acestui fel de bolnavi o dată vindecați.

Noul cod penal și codul de procedură penală conțin de asemenea mai multe articole dintre care unele corespund celor din vechiul cod.

Articolele din recentul cod penal cu privire la alienați sînt următoarele :

Articolul 72 : „Cînd învinuitul sau condamnatul, pentru o infracțiune calificată de lege, crimă sau delict, este, din cauza stării sale mintale, periculos siguranței persoanelor și ordinei publice, instanța competentă, după cererea ministerului public, dispune internarea lui într-un institut anume destinat pentru aceasta, sau într-o secție specială a unui ospiciu de alienați.

Internarea poate fi pronunțată, la cererea ministerului public, chiar cînd s-a dat o ordonanță sau decizie de neurmărire.

Încetarea internării poate fi admisă numai cînd liberarea celui internat nu ar mai prezenta un pericol.

Condițiile în care ea poate fi cerută și persoanele care o pot cere sînt arătate în codul de procedură penală.

În caz de respingere, cererea nu poate fi repetată decît după 6 luni de la data respingerii. Ministerul public o poate cere oricînd".

Precum se vede articolul de mai sus privește atît pe alienații criminali cît și pe criminalii alienați.

Articolul 73 privește mai cu seamă pe ultimii : „Instanța poate dispune, prin hotărîrea de condamnare, ca după executarea pedepsei, condamnatul să fie internat într-un azil, dacă din cauza bolii sau infirmității sale sau a intoxicării cronice prin alcool și stupefiante, este periculos siguranței persoanelor sau ordinei publice.

Acei internați într-un asemenea azil sînt supuși unui tratament medical, fiind supraveghiați de aproape și vor fi deprinși cu o muncă potrivită stării lor fizice sau psihice.

Regimul în interiorul azilului va fi blînd.

Încetarea internării se pronunță, în condițiile articolului 72 din prezentul cod, după formele arătate în codul de procedură penală".

Articolul 74 : „Instanța poate ordona, prin hotărîrea de condamnare, că, după executarea pedepsei, infractorul din obicei să fie deținut într-un institut special, destinat unor asemenea infractori.

Durata deținerii este de la 2 la 10 ani.

Sînt considerați infractori *din obicei* acei care prin numărul și genul infracțiunilor de drept comun, săvîrșite, prezintă simptomele unei persistente inclinații criminale". Las la o parte restul articolului, mai puțin important pentru chestiunea care ne preocupă.

Nu va scăpa însă nimănui faptul important că legiuitorii au avut aici cel puțin în mod vag, intuiția naturii psihopatologice constituționale cînd vorbesc de „*simptomele unei persistente înclinațiuni criminale*".

Același lucru se poate spune despre *articolul 75*, care vorbește de condamnările necesare pentru vagabondaj sau cerșetorie, în care cazuri „instanța poate ordona ca cel condamnat a doua oara să fie internat timp de cel puțin 2 și de cel mult 10 ani, într-o colonie penitenciară, anume destinată pentru aceasta".

Cei așezați în colonie penitenciară sînt obligați să învețe o meserie potrivit aptitudinii lor.

Psihiatrii moderni privesc vagabondajul și cerșetoria (care adeseori este o formă a sa) ca fiind adeseori în funcție de o stare psihopatică, ca : imbecilitatea, schizofrenia, unele demențe etc.

Articolul 128 corespunde articolului 57 din vechiul cod penal.

Textul acestui articol este următorul : „Nu răspunde de infracțiune acela care, în momentul săvîrșirii ei, se găsea în stare de inconștiență din cauză de alienație mintală sau din alte cauze".

De articolul precedent trebuie apropiat cel următor (129) : „Acel care a săvîrșit o infracțiune în stare de beție completă, provocată prin alcool sau alte substanțe toxice ori stupefiante este apărat de răspundere, dacă această stare se datorește unor împrejurări accidentale, cu totul neprevăzute de autorul infracțiunei și absolut independente de voința sa, iar dacă starea de beție, în condițiile de mai sus, nu era completă se aplică pedeapsa prevăzută de lege pentru faptul săvîrșit, redusă după normele prevăzute de articolele 97 și 98[1]).

Infracțiunea săvîrșită în stare de beție voluntară, produsă în mod întîmplător, se pedepsește cu pedeapsa fixată de lege, pentru infracțiunea săvîrșită, al cărui maximum se reduce la prima dată, iar dacă pedeapsa este muncă silnică pe viață, pedeapsa este muncă silnică de la 10 la 20 ani.

Dispoziția aliniatului precedent nu se aplică, dacă se dovedește că infractorul și-a provocat intenționat această stare, fie în scopul de a o invoca spre a-i micșora pedeapsa, fie pentru a executa mai ușor infracțiunea.

În aceste cazuri, infracțiunea este considerată comisă cu premeditare".

În sfîrșit, tot aici, trebuie să menționez articolul 153 care spune că : „Surdo-mutul nu răspunde de infracțiunea comisă, dacă se constată că, în momentul săvîrșirii, nu a avut discernămînt, în caz contrariu i se aplică pedeapsa închisorii corecționale, în limitele prevăzute de lege pentru adolescenți".

Articolul 419, aliniatul 2, are în vedere delictul de viol comis asupra unei persoane în stare de inconștiență, delict ce se pedepsește cu închisoare corecțională de la 5 la 20 ani. Delictul, după acest aliniat, este săvîrșit de „bărbatul care, profitînd de starea de inconștiență a unei persoane de orice sex, sau de neputința acesteia de a-și exprima voința sau de a se apăra, are cu ea raport sexual, în afară de căsătorie, indiferent dacă ea sau altcineva a produs această stare".

Articolul 420 definește ca delict de violență contra pudoarei orice act de inversiune sexuală comis prin violență sau amenințare sau profitînd de starea arătată în aliniatul 2 al articolului precedent.

Menționez, în sfîrșit, articolul 175 din „Codul de procedură penală" care se referă la expertiza psihiatrică. El este enunțat în modul următor :

„Cînd responsabilitatea infractorului pare îndoielnică, judecătorul de instrucție sau instanță dispune examinarea stării sale mintale prin medicii psihiatri și numai în lipsa acestora prin alți medici.

Medicii experți pot cere ca inculpatul să fie pus sub observație într-o casă de sănătate. Judecătorul sau instanța determină atît casa de sănătate cît și durata cît va fi ținut sub observație și care nu poate depăși 6 săptămîni.

---

[1]) Articolul 97 privește dispozițiunile relative la tentativa de crimă, articolul 98 se referă la tentativa de delict.

Numai în cazuri excepţionale judecătorii, după cererea experţilor, pot prelungi acest termen cu încă un număr de zile ce se socotesc strict necesare".



Printre raporturile psihiatriei cu ştiinţa dreptului trebuie să nu uităm, pe de altă parte, problema importantă a *alienaţilor nerecunoscuţi ca atare şi condamnaţi.*

Din nefericire se mai văd şi azi bolnavi adevăraţi, paralitici generali sau epileptici, altă dată condamnaţi pentru delicte sau crime, ceea ce arată interesul examenului psihiatric pentru orice inculpat. În ce priveşte criminalii alienaţi adică deveniţi alienaţi după săvîrşirea crimei sau cel puţin socotiţi ca astfel, avem în vedere mai cu seamă ceea ce s-a numit psihoză de închisoare, care se prezintă de cele mai multe ori sub forma sindromului (sau complexului simptomatic) lui Ganser, care prin unele manifestări, ca răspunsurile alături de întrebare, aminteşte schizofrenia sau simulaţia. Rămîne ca medicul specialist să lămurească cînd este vorba de una sau de cealaltă. În cazul primei, se poate bănui, cel puţin, o predispoziţie psihopatică ca existînd înainte de închiderea bolnavului sau şi de comiterea crimei. În unele cazuri este vorba, în realitate, şi aici de alienaţi nerecunoscuţi şi condamnaţi.

Mediul de închisoare pare fireşte, adeseori, favorabil pentru apariţia unor tulburări psihice, dar nu este locul să insist.

Ne întoarcem la categoria cea mare a alienaţilor.

„Delincvent" sau „criminal" este deci, acel ce comite acte calificate astfel pentru oamenii presupuşi normali ca viaţă psihică, dar acest calificativ, la alienaţi îşi pierde semnificaţia prin însăşi prezenţa alienaţiei.

Acte identice — cel puţin din punctul de vedere final — ca acelea calificate delicte sau crime, se întîlnesc cu o mare frecvenţă la alienaţi. Mobilul lor psihologic este de altfel variabil.

Vom menţiona aici exemplele cele mai caracteristice.

Furtul se poate observa la diferite categorii de psihopaţi avînd caractere speciale pentru fiecare categorie.

Un prim grup de fapte îl reprezintă furtul obsesiv sau impulsiv al psihastenicilor. Este aşa-numita *cleptomanie.*

Bolnavul, sau mai des, bolnava simte necesitatea de a lua unele din obiectele pe care le vede expuse într-un magazin şi de care nu are absolută nevoie sau chiar nu are nevoie cîtuşi de puţin sau obiecte pe care şi le putea procura uşor plătindu-le.

Dar încă o dată, el sau ea, simte necesitatea de a le sustrage. Bolnavul (sau bolnava) are conştiinţa că faptul constituie o contravenţie la regulile eticii, totuşi obsesia persistă şi adeseori ea conduce la act. O dată acesta îndeplinit, bolnavul se simte uşurat, tensiunea psihică scade brusc. Obiectul este ascuns sau aruncat undeva şi nu mai prezintă nici un interes.

Destul de apropiat de mecanismul psihologic de mai sus pare acel care conduce la furt pe unii bolnavi, atinşi de encefalită epidemică.

Aceşti bolnavi prezintă de altfel, adeseori, un sindrom psihastenic (fobii, obsesii), dar furtul la ei se manifestă adeseori sub o formă electivă

(furt de biciclete), poate pentru că grație acestui mijloc de locomoție pot reacționa într-un fel față de considerabila încetineală a mișcărilor, caracteristică formei celei mai frecvente a sus-numitei boli, cînd ea trece la cronicitate.

O altă formă de furt este aceea pe care o găsim la anumiți pervertiți sexuali (fetișiști). Aceștia nu pot avea sentimentul satisfacției sexuale decît în prezența unor obiecte aparținînd sexului opus (ghete, ciorapi, batiste etc.) sau unor anumite părți ale corpului acestui sex.

De aceștia țin în bună parte cei ce comit delictul de a fura obiectele mai sus-amintite în marile magazine, precum și tăietorii de cozi, delincvenți ce se întîlneau altă dată în marile centre.

O altă formă a furtului este cel demențial pe care îl întîlnim în special la paraliticii generali.

Bolnavii își însușesc în asemenea cazuri obiectele ce nu le aparțin, cu o perfectă inocență, fără să se gîndească cîtuși de puțin, că fac o faptă nepermisă. Exemplul cel mai caracteristic din acest punct de vedere este acela al unui paralitic general, care văzînd un butoi gol înaintea unui magazin, a început să-l împingă înainte și a cerut în acest scop și concursul sergentului de stradă care, de bună credință și el, nu i l-a refuzat.

Precum se vede, furtul se întîlnește deseori la alienați, iar psihologia lui este variabilă după forma alienației sau psihopatiei. În unele cazuri este vorba de o obsesie impulsivă, în altele de căutarea satisfacției sexuale, iar în altele, în fine, de inconștiența totală a naturii actului.

O categorie importantă de delicte ce putem întîlni la acești bolnavi o constituie atentatele la bunele moravuri.

Și acestea se găsesc uneori la psihastenici, cu preocupări de ordin sexual. Aici intră bolnavi exibiționiști care își expun în public organele genitale și anume în locurile cele mai contraindicate, spre exemplu în biserici, în stradă, în fața unui institut de educație feminină etc.

Este vorba de o obsesie impulsivă a cărei realizare comportă un coeficient de satisfacție sexuală.

Formele mai bine definite de perversiune ale instinctului sexual conduc de asemenea la atentate la bunele moravuri.

Aici trebuie să menționăm pe acelea ale pervertiților sexuali care recurg adeseori la corupția minorilor de același sex.

Mai frecvent la bărbați, acest delict se poate observa uneori și la femei.

Există și atentate la bunele moravuri de ordin demențial, așa precum le putem observa în demența senilă sau a paraliticilor generali.

Este cunoscut că, în prima formă de demență, se observă, cu o oarecare frecvență, atentate la pudoare asupra copiilor de ambele sexe; pe de altă parte se știe că bătrînii cad adeseori victime ale femeilor cu moravuri ușoare.

În ce privește pe paraliticii generali demenți, aceștia sînt reduși adeseori, la starea de adevărate automate și în aceste stări își satisfac uneori cerințele sexuale, fără nici un fel de precauție.

Un exemplu tipic din acest punct de vedere este acela al unui institutor din provincie care funcționase în această calitate pînă la vacanța

de paşti şi care, venind în Iaşi şi mergînd la un cinematograf, a început a se masturba în plin public.

Trecem acum la actele „criminale” ale alienaţilor şi ne vom ocupa în special de omucidere.

Acest act este comis destul de frecvent de alienaţi şi el are loc prin mecanisme psihologice diferite.

Citez, în primul rînd, asasinate comise de epileptici. Bolnavii aceştia sînt de regulă cruzi, foarte impulsivi, adeseori cu inteligenţa redusă şi în plus cu tendinţă marcată la întunecarea conştiinţei pînă la pierderea ei completă.

Actele lor sînt cîteodată neprevăzute şi bolnavul le comite sub influenţa unei halucinaţii terifiante, alteori tot în timpul unui acces cu obnubilarea conştiinţei le comite într-un moment de excesivă irascibilitate şi impulsivitate.

În asemenea condiţii, ele sînt urmate de o amnezie completă.

Se pot observa însă asasinate comise de epileptici cu premeditare.

Dar şi acestea au comun cu cele precedente un anumit caracter şi anume cruzimea rară cu care sînt comise, care duce la o adevărată mutilare sau ciopîrţire a victimei.

Alături de epileptici trebuie să cităm pe toţi deliranţii cronici, halucinanţi sau nu.

Aceşti bolnavi se cred, în marea lor majoritate, urmăriţi, persecutaţi, cu viaţa în pericol. Ei reclamă autorităţilor etc. Dar mai curînd sau mai tîrziu, ajung să se creadă *în legitimă apărare*. Ei umblă armaţi şi pot să descarce focuri de revolver asupra primului trecător întîlnit dacă atitudinea acestuia le-a dat de bănuit, dacă în momentul acela au avut o halucinaţie etc.

Şi aceşti deliranţi, cei alcoolici, pot comite asasinate. În special în delirul de gelozie sau în gelozia propriu-zisă, chiar şi fără delir, alcoolicii comit uneori crime înfiorătoare.

Dar alcoolicii pot ajunge la asasinat şi pe altă cale, aceea a iluziilor sau halucinaţiilor terifiante.

Aceşti bolnavi au adeseori halucinaţii înspăimîntătoare. Ei văd în special animale înfiorătoare.

G r i g o r e A l e x a n d r e s c u, valorosul poet al Tîrgoviştei, ne-a lăsat în *Ucigaşul fără voie* descrierea unui exemplu dintre cele mai caracteristice de asasinat sub influenţa unei halucinaţii (o haită de lupi).

Halucinaţiile sau iluziile pot interveni şi la debilii mintali, supuşi uşor la întunecarea conştiinţei.

Un tînăr debil, pe care îl avem actualmente în spital, şi-a ucis ambii părinţi şi un alt membru din familie, în timpul unei perioade de confuzie mintală cu idei mistice şi cu iluzii terifiante. Părinţii şi alte persoane îi păreau ca nişte „matahale”.

Debilii mintali şi mai ales imbecilii comit asasinate şi graţie sentimentului de milă, de compătimire.

Profesorul T a n z i a insistat asupra analgeziei acestor bolnavi; or acela care nu simte durerea proprie nu-şi poate reprezenta durerea altuia.

În plus bolnavii aceştia sînt de obicei de rîsul satului. Ei sînt iritabili şi iritaţi. Puterea de autostăpînire şi autoconducere este de asemenea redusă şi, graţie acestor multiple condiţii, ei ajung destul de des la asasinat.

Aceasta se observă cu destulă frecvenţă şi la bolnavii cu schizofrenie care comit acte cu caracter criminal, în mod neprevăzut.

Bolnavii pun în aplicare, fără a mai cîntări natura şi consecinţele actului, prima idee ce le-ar veni în minte. Este un adevărat *scurtcircuit*.

Se citează, din acest punct de vedere, exemple foarte demonstrative din care unele au dus la omucidere.

Un vizitiu, mîna caii în goană, printr-o piaţă foarte populată, fără să ţină seama de consecinţe.

Un alt schizofren, rămas singur acasă, deschide şi lasă să curgă toate robinetele casei, care a fost literalmente inundată.

Un soldat atins de schizofrenie, pe cînd se găsea în societatea mai multor camarazi, avînd la el o puşcă cu repetiţie, încărcată începe să tragă în camarazii săi, ucigînd pe mai mulţi dintre ei.

Un bolnav ce prepara un examen împreună cu un coleg al său îi împlîntă pe neaşteptate un cuţit în spate.

În toate aceste cazuri este vorba de forme iniţiale de schizofrenie sau, în tot cazul, de forme trecute cu vederea pînă la acel moment; ceea ce arată cît de periculoase sînt cazurile de această natură.

Un bolnav pe care l-am avut în servici, stînd alături de mama sa care pisa ceva într-o piuliţă, o roagă să-l lase să-i ajute. Luînd mînerul piuliţei a voit să izbească pe mama sa în cap şi puţin a lipsit ca această faptă să nu fie realizată.

Printre psihopaţii criminali trebuie să cităm de asemenea pe anumiţi perverţiţi ai instinctului sexual. Este vorba de cei cu forma de *sadism*. Aceştia nu simt satisfacţia specifică, decît atunci cînd văd suferinţa animalelor, oamenilor şi în special a indivizilor de sex opus.

Se cunosc exemple celebre de crime comise de sadici. Sînt peste 40 de ani de cînd unele din marile oraşe ale Europei erau terorizate de un oarecare Jack zis „spintecătorul".

Acesta spinteca abdomenul femeilor probabil dintr-o curiozitate unită cu o stare de excitaţie sexuală, actul conducînd la o satisfacţie specifică.

Poate în acelaşi fel trebuie interpretat actul lui Vlad Ţepeş, despre care se spune că atunci cînd soţia sa i-a declarat că este însărcinată i-a spintecat abdomenul pentru a se convinge.

Cazurile lui Landru, al „Vampirului din Düsseldorf" sînt de asemenea binecunoscute. Criminologia romînă a înregistrat cazul asasinului din „Cîmpul cucoanei". Un individ care căuta favorurile unei lucrătoare ce i le refuza în mod regulat, o urmăreşte pe aceasta pe cînd se retrăsese cu un alt tînăr pe un maidan seara tîrziu. Acesta din urmă, la apariţia rivalului, părăseşte femeia, pe care urmăritorul ei o ucide, tăindu-i organele genitale.

Rămîne să vorbesc despre omuciderea comisă de melancolici şi căreia i s-a dat calificativul absurd de „aparentă", dar foarte potrivit dacă ţinem seamă de mecanismul psihologic al actului de *heterosinucidere*.

După cum cineva își ia viața pentru a scăpa de o suferință care nu pare a se putea sfîrși altfel, act foarte comun la melancolici, tot astfel aceștia ucid pe aceia ce le sînt mai dragi pentru a-i scăpa de suferințele ce, în delirul lor, cred că-i amenință.

Se citează exemple foarte caracteristice din acest punct de vedere.

Astfel, Esquirol citează cazul unei belgiene care, fiind atinsă de melancolie, aruncă în fîntînă 3 copii ai săi; un al 4-lea a reușit să fugă. Bolnava ea însăși s-a înecat apoi în aceeași fîntînă, după ce însă avusese grijă să trimită o prăjitură otrăvită unui al 5-lea copil ce se afla într-un internat.

Același autor citează cazul a doi soți — bogați altă dată dar care sărăciseră — care erau atinși de melancolie (poate un exemplu de delir indus). Acești soți s-au sinucis după ce au avut grijă înainte să ucidă pe unicul lor copil. Ei au lăsat o scurtă scrisoare în care spuneau: „Ne-am sinucis pentru că eram nenorociți și am făcut unicului nostru copil serviciul de a-l ucide, pentru a nu fi tot așa de nenorocit ca și noi".

Am avut în serviciul meu de la Institutul de boli mintale, nervoase și endocrinologice, un nenorocit melancolic, care profitînd, pe cînd se găsea acasă (în jud. R. Sărat), de un moment cînd femeia sa lipsea din casă și-a ucis toți copiii săi. Bolnavul a reușit să se sustragă vigilenței gardienilor și s-a sinucis.

Ziarele cotidiene au publicat o informație referitoare la un caz destul de asemănător, petrecut de curînd în Germania.

Exemplele de acest fel nu sînt rare. Alți alienați comit mai rareori asasinate. Ele sînt destul de rare la maniacii, bolnavi în genere optimiști și deci generoși într-o anumită măsură.

Bolnavii demenți sînt adeseori ușor de condus. Totuși s-au văzut și paralitici generali care au comis asasinate.



Faptele precedente arată cît de strînse sînt relațiile între psihiatrie, dreptul penal și criminologie.

Ele nu se mărginesc numai la atît. În anumite cazuri se poate pune problema dacă un inculpat este un alienat adevărat sau un simulant.

Psihiatria lămurește chestiunea. Fiecare formă de alienație mintală își are simptomele proprii pe care un necunoscător mai ales nu le poate imita.

De regulă simulanții exagerează pînă la absurd și ireal pretinsele semne de alienație mintală.

Spre exemplu, un deținut studiat de Regis, uda în fiecare seară, la o anumită oră, cimentul dintr-o parte a celulei în care era închis, pretinzînd că udă florile. Niciodată un alienat adevărat și lucid în același timp, nu ar face un act atît de absurd.

Un bolnav, adus spre observație, în timpul războiului, îmi spune că a pierdut complet memoria. Observat fără să-și dea seama cum se comportă față de rude și cunoscuți era ușor de constatat că afirmația aceasta era lipsită de temei.

Dar acelaşi bolnav îmi spune într-o zi că, mergînd pe o anumită stradă, s-a întîlnit cu nişte bandiţi care i-au luat toată averea.

Ce sumă anume? îl întrebai. Cîteva milioane; şi iată numai ce mi-au lăsat! ne răspunde, arătînd cîteva smocuri de păr pe care le păstrase cu grijă, atunci cînd fusese tuns de bărbierul spitalului, cu o oră sau două mai devreme.

Niciodată un alienat adevărat nu s-ar fi comportat în acest fel.

Cum era în timpul războiului, dacă aş fi declarat pe acest individ ca un simulant ar fi fost supus la o pedeapsă foarte gravă.

Din fericire pentru el, o puncţie lombară ne-a arătat creşterea unor anumite substanţe din lichidul cefalorahidian, ceea ce mi-a permis a mă opri la formula suprasimulaţiei, sub acest nume înţelegîndu-se simulaţia ce are loc din partea unui bolnav adevărat, dar care nu prezintă tulburări destul de evidente.



Dar criminologia are raporturi şi mai esenţiale cu psihiatria.

Se poate pune şi s-a pus adeseori problema, dacă *criminalii nu sînt anormali psihiceşte?*

Crimele sînt acte atît de extraordinare, încît nu este de mirare că problema de mai sus s-a pus adeseori.

Socotim că ea trebuie rezolvată de cele mai multe ori în sens afirmativ.

Într-adevăr, cei mai mulţi criminali prezintă tulburări intelectuale. Dacă ei sînt orientaţi în timp şi spaţiu, pot face calculele elementare etc., se va conveni că ei prezintă în genere o scădere a capacităţii de critică şi de prevedere a consecinţelor actului. Cei mai mulţi sînt convinşi că actul lor va rămîne nedescoperit etc. Altfel, dacă consecinţele — de cele mai multe ori apropiate — ar fi prevăzute, cum aceasta are loc pentru un om normal, indivizii s-ar abţine de la crimă (admiţînd că nu ar exista o impulsivitate însemnată sau o incapacitate de inhibiţie).

Dar, mai mult decît atît, examenul psihologic, după metodele ştiinţifice actuale, arată la aproximativ 80 la sută din criminali un anumit grad de debilitate mintală.

Aceasta reiese dintr-un recent raport pe care Ştefănescu-Goangă l-a prezentat Societăţii romîne de neurologie, psihiatrie, psihologie, endocrinologie şi medicină legală.

Valorosul psihologist de la Cluj arată că rămîne o mică proporţie de criminali, dintre care unii sînt dotaţi cu o inteligenţă superioară mediei.

Dar trebuie să ţinem seama, precum observam mai sus, că şi alte tulburări psihice ca absenţa de stăpînire de sine, impulsivitatea însemnată şi tulburări afective, pot conduce la acte criminale.

În ce priveşte tulburările afective, este binecunoscut că la anumiţi indivizi, sentimentele etice nu se dezvoltă şi s-a vorbit de o nebunie sau chiar de o idioţie morală. Este vorba de o stare de hipogeneză psihică ce trebuie apropiată de marele grup al insuficienţelor psihice (al oligofreniilor care cuprinde idioţia, imbecilitatea, debilitatea mintală şi prostia obişnuită).

Adaug că foare mulţi alienaţi prezintă şi modificări somatice ale organismului în sensul morfologic al cuvîntului sau în cel biochimic şi fiziologic.

Lombroso descrisese un criminal înnăscut. Poate în această descriere a fost mai puţină exagerare decît s-ar părea. Evident că nu orice predispus la crimă va deveni neapărat un criminal. Este necesar să existe şi condiţiile sociale favorabile pentru aceasta.

Dar, nu este mai puţin adevărat că mulţi criminali au o anumită conformaţie somatică : tipuri masive cu osatura puternică, cu maxilarele proeminente, cu extremităţile mari. Asasinii aparţin în special acestui tip zis atletic sau hiperhipofizar.

În cadrul aceluiaşi tip somatic intră numeroşi epileptici, deliranţi cronici sau dictatori.

Fără a voi să facem aici nici un fel de consideraţii de ordin politic, apropierea de mai sus nu poate să nu ne impresioneze.

La escroci, la criminalii pasionali, găsim mai des un alt tip somatic, cel longilin, cu osatura mai subţire, mai puţin masivă etc.

După cum se vede, raporturile psihiatriei cu dreptul penal şi criminologia sînt foarte strînse.

Fiind vorba de judecarea actelor unor oameni a căror normalitate este discutabilă, criminologia propunîndu-şi în plus a găsi şi mijloace de profilaxie a crimei, se impune ca studiul criminalilor să se facă după aceleaşi norme pe care le întrebuinţează clinica curentă în studiul bolnavilor.

S-a spus că nu există boli, ci bolnavi ; s-ar putea spune cu aceeaşi voită exagerare că nu există crimă, ci criminali.

Voim să spunem prin această afirmare că fiecare criminal trebuie studiat în mod individual.

Iorgulescu a făcut un bun început, din acest punct de vedere, la noi în ţară. Stănescu, O. Gorescu de asemenea şi Romanescu au publicat şi ei unele cazuri.

Precum am spus-o deja în lucrări anterioare, criminalul trebuie studiat atît din punct de vedere morfologic cît şi din cel biochimic, fiziologic şi psihologic, din acela al antecedentelor sale ereditare, familiale, individuale şi din punctul de vedere al mediului social, în care s-a dezvoltat.

Este evident că ori de cîte ori un individ comite o crimă sau un delict sub influenţa directă a unei boli ca epilepsia, delirul cronic etc., iresponsabilitatea lui este indiscutabilă.

Această iresponsabilitate trebuie stabilită sau afirmată de magistraţi. Medicilor experţi trebuie să le revină numai sarcina de a indica în ce măsură boala de care este atins autorul delictului sau crimei a putut contribui la realizarea actului vizat.

Este opinia pe care a susţinut-o încă de mult psihiatrul francez Gilbert Ballet şi este de altfel cea mai raţională.

Dar aici se ridică o problemă de ordin general încă mai importantă şi anume : Ce reprezintă responsabilitatea din punctul de vedere pur ştiinţific ? Există o responsabilitate astfel înţeleasă ? Răspunsul mi se pare negativ.

Toate fenomenele din natură sînt supuse legii determinismului și crima sau delictul, reacțiuni ale unui anumit individ la un anumit mediu social, nu pot face excepție.

Cînd toate condițiile acestor acte sînt îndeplinite, ele nu pot să nu apară, ci se produc în mod inevitabil, după cum apa fierbe la 100°, în condițiile de presiune obișnuită, sau îngheață la 0° etc.

Teoria liberului arbitru și-a trăit traiul. Fiecare individ rezultă din dezvoltarea unui ovul fecundat care poartă în el ereditatea transmisă individului de o întreagă serie de generații.

Dezvoltarea lui nu are nimic dependent de el pînă la naștere, iar de aici înainte această evoluție nu va fi mai puțin modelată de condițiile intrinsece de mediul cosmic și de cel social, în care trăiește individul.

Nicăieri nu este locul pentru un liber arbitru, pentru acte cu liberă determinare. Pretutindeni aceeași lege a determinismului în cele mai neînsemnate acte ale individului.

Exner a înțeles de mult aceste adevăruri.

Iată ce zice acest autor pe care îl comentează Jules Souris în capitolul *Cerveau* (*Dictionnaire de Physiologie*, tom. II) :

„Gîndirea se bazează pe procesul de asociații, adică pe procese psihice, pentru care reflexul este și rămîne tipul, aș adăuga. Dacă avem iluzia a domina aceste procese, aceasta nu poate fi decît opunînd jocului unor mecanisme reflexe pe cel al altor mecanisme reflexe. Dar nu sîntem noi cei care deșteptăm aceste conflicte; ele se dezlănțuiesc de la ele înșile".

Expresiile : *gîndesc*, *simt*, nu sînt decît moduri bune pentru a ne exprima. După Exner a cărui observație ni se pare de o profunzime rară, ar trebui să se zică *gîndește* în mine, *simte* în mine, căci, în adevăr, noi încercăm asociațiile noastre de idei, precum încercăm sentimentele noastre. Asistăm la o sumă de acte ale vieții noastre psihice, precum asistăm la restul spectacolului lumii. Ce sîntem noi? Deci ar fi poate o chestiune mai puțin insolubilă decît : Cine sîntem? În tot cazul nu sîntem noi stăpînii gîndurilor, nici ai sentimentelor și acțiunilor noastre. „Operele rațiunii scapă puterilor noastre căci de la ele înșile ideile se deșteaptă și se cheamă — la savant, filozof, artist. Nu depinde de loc de noi, zice Exner, de a face sau nu să apară în conștiința noastră cutare serie de asociațiuni. Tot astfel greutatea argumentelor nu atîrnă de loc de voința noastră. Se formează o judecată în noi, iată totul : *Gîndește în noi*".

Dacă, prin urmare, crima și delictele sînt supuse legii determinismului, *o responsabilitate în înțelesul pur științific al cuvîntului nu poate să existe.*

Altfel însă poate fi concepută responsabilitatea din punctul de vedere social, mai precis vorbind din punctul de vedere al interesului societății.

Nimeni nu va contesta dreptul acesteia de a cere cont indivizilor de actele lor antisociale, de a cere despăgubiri cînd aceasta este posibil și necesar etc.

Pe de altă parte însăși teama de răspundere poate fi uneori un factor inhibitor care, ar putea împiedica în anumite împrejurări producerea crimei.

Dar această răspundere socială nu trebuie confundată cu responsabilitatea în înțelesul pur științific de care am vorbit mai sus, nici nu trebuie să întoarcă atenția de la însemnata problemă a profilaxiei crimei.

Societatea, prin oamenii cei mai indicați pentru aceasta (sociologi, penaliști, medici, în special psihiatrii), trebuie să studieze factorii biologici și sociali ce concură la producerea crimelor și delictelor și să caute măsurile de îndreptare.

S-a spus că fiecare societate își are criminalii pe care îi merită, cu alte cuvinte care corespund mediului social și pentru a căror evitare societatea nu a făcut nimic.

În profilaxia crimei am zis că trebuie ținut seama de factorii biologici.

Dacă fiecare copil ar fi urmărit de mic, în familie, în școală — aici de institutor și de medicul școlar — dacă i s-ar observa în germene tendințele patologice și eventual criminale, s-ar putea adeseori găsi mijloacele de îndreptare. Medicina de azi poate spera la o evoluție dirijată a copilului.

Pe de altă parte, morala socială trebuie să fie obiectul unor serioase atenții din partea tuturor celor ce urmăresc profilaxia crimei.

Războiul în care omuciderea este nu numai permisă, chiar necesară, dar și glorificată, aduce cu sine deprinderea deprecierii vieții omenești. Patimile politice împinse la exces conduc la același rezultat.

Pe de altă parte, anumite delicte ca furtul devin așa de comune încît nu este nici o mirare cînd ele se întîlnesc la oamenii lipsiți de educație și stăpînire de sine, atunci cînd, la adăpostul legilor sau nu, le observăm la atîția mînuitori autorizați ai avuției publice.

Citind ziarele cotidiene cu tot ce se afirmă pe seama multor conducători ai societății, fără să fie chemați la răspundere sau fără să se dezmintă afirmațiile, avem adeseori impresia unei omogenizări etice între cei din penitenciare și unii dintre aceia care umblă liberi și nesupărați în societate sau chiar conduc uneori destinele societății.

Dacă este vorba, de o responsabilitate, trebuie să vorbim și de aceea a societății față de criminalitatea de care este atinsă.

Societatea trebuie să studieze și să îndepărteze toți factorii care duc la crime sau delicte.

Etica socială trebuie să intre în preocupările de căpetenie ale tuturor acelora cărora le revine importanta sarcină de a se ocupa de treburile publice.

Dar se va conveni că sîntem foarte departe de o astfel de situație.

În ce privește delincvenții și criminalii minori, nu se va renunța chiar la tratamentele ce le-ar putea modifica structura somatică și pe cea psihică, la tratamentele glandulare între altele.

În paginile ce preced nu am avut pretenția a epuiza problema raporturilor dintre psihiatrie, dreptul penal și criminologie. Dar, cred că am atins problemele esențiale care ar putea da loc la reflexii, discuții și cercetări noi.

ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ПСИХИАТРИИ, ЮРИДИЧЕСКОЙ НАУКИ И КРИМИНОЛОГИИ

(КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ)

Автор начинает с определения понятий психиатрии, юридической науки и криминологии, а затем указывает на их взаимоотношения.

Современная психиатрия рассматривается как медицина «души», однако при учете того факта, что изменения психической жизни включаются в изменения всего организма. Криминология состоит в изучении детерминизма преступлений и деликтов.

Далее указывается на отражение взаимоотношений юридической науки и психиатрии в гражданском праве (интердикция, условия аннулирования деликтов, совершенных умалишенными) и в уголовном праве (невменяемость умалишенных).

Психические больные иногда совершают поступки, в конечном счете тождественные деликтам или преступлениям.

Так, совершаемая умалишенным кража может быть навязчивого характера (например, у психастеников и у некоторых больных эпидемическим энцефалитом — клептомания), причем больной сознает свой поступок, может иметь сексуальный характер (например, у фетишистов) или дементиальный характер (прогрессивный паралич), когда умалишенный действует абсолютно бессознательно. Развратные действия могут наблюдаться у психастеников (эксгибиционизм), при половом извращении (совращение малолетних), при слабоумии (при старческом слабоумии, прогрессивном параличе).

Преступление может быть совершено и эпилептиком, причем оно производится с жестокостью под влиянием либо устрашающей галлюцинации, либо состояния оглушенности. Характерной является полная амнезия. Все больные, страдающие хроническим бредом преследования, могут совершать преступления. Алкоголики убивают из ревности или под влиянием устрашающих галлюцинаций.

Шизофреники иногда убивают без всякой причины — это просто первая мысль, которая пришла им в голову. Описаны также случаи садизма и гетеросамоубийства у меланхоликов.

Указываются элементы дифференциального диагноза между психозами и симуляцией.

Автор считает, что преступники вообще психически ненормальны. У них наблюдаются расстройства интеллекта (в 80% случаев), пониженная критическая способность, импульсивность и т. п.

Преступники обычно принадлежат к гипергипофизарному типу.

Рекомендуется клиническое обследование преступника для установления тех обстоятельств, которые привели к совершению преступления.

Отрицается понятие ответственности в чисто научном смысле (так как все наши поступки подчинены строгому детерминизму, исключаю-

щему какую-либо произвольиость), но призиается целесообразность социальной ответствеиности.

Воспитатели должны следить за склоииостью некоторых детей к проступкам: необходимо подвергать малолетиих преступников эндокрин-ному лечению.

Указывается на то, что войны и коррупция политических прави-телей являются факторами, способствующими росту деликтов и преступ-лений.

LES RAPPORTS DE LA PSYCHIATRIE AVEC LA SCIENCE JURIDIQUE ET LA CRIMINOLOGIE

(RÉSUMÉ)

L'auteur commence par définir la pshychiatrie, la science juridique et la criminologie, afin de préciser ensuite les rapports qui existent entre elles.

La psychatrie moderne est conçue en tant que médecine de l'„âme", mais de manière que les modifications de la vie psychique soient encadrées dans celles de l'organisme entier. La criminologie est l'étude du déterminisme du crime et du délit.

On expose ensuite la manière dont les rapports de la science juridique et de la psychiatrie se reflètent dans le code civil (interdiction, conditions d'annulation des délits des aliénés mentaux et dans le code pénal (irresponsabilité des aliénés).

Les malades psychiques commettent parfois des actions identiques, au point de vue final, au délit ou au crime.

C'est ainsi que chez les aliénés, le vol peut être obsessif (comme chez les psychasthéniques — la kléptomanie — ou chez certains malades d'encéphalite épidémique), les malades ayant en ce cas la conscience de leur acte; il peut avoir un caractère sexuel (comme chez les fétichistes) ou démentiel (dans la paralysie générale), dans ce dernier cas l'aliéné étant inconscient. L'attentat aux mœurs peut être constaté parfois dans la psychasthénie (exhibitionnistes), l'inversion sexuelle (corrupteurs de mineurs), la démence (démence sénile, paralysie générale).

Un crime peut être commis par des épileptiques sous l'empire d'une hallucination terrifiante ou d'une obnubilation de la conscience; dans ce cas, elle affecte un caractère de cruauté tout particulier. L'amnésie totale est caractéristique. Tous les délirants chroniques, qui se croient persécutés, peuvent commettre des crimes. Les alcooliques tuent par jalousie ou sous l'influence d'hallucinations terrifiantes. Les schyzophrènes tuent parfois sans motif — c'est la première idée qui leur est venue.

On décrit également le sadisme et l'hétérosuicide des mélancoliques.

On précise les éléments du diagnostic différentiel entre les psychoses et la simulation.

L'auteur considère que les criminels sont anormaux au point de vue psychique. Ils présentent des troubles intellectuels (80 % des cas), une capacité critique diminuée, de l'impulsivité, etc. Ils correspondent d'habitude au type hyperhypophysaire.

On préconise l'étude clinique du criminel afin de pouvoir préciser les conditions qui ont conduit au crime.

On nie la notion de responsabilité, au sens purement scientifique (car tous nos actes sont soumis à un déterminisme rigoureux où le libre arbitre ne trouve pas sa place), mais on reconnaît l'utilité de la responsabilité sociale.

On recommande aux éducateurs d'étudier les tendances délictueuses des enfants ; on préconise également le traitement glandulaire des criminels mineurs.

L'auteur démontre que la guerre et la corruption des dirigeants politiques sont des facteurs qui font augmenter le nombre des délits et la criminalité.

CÎTEVA CUVINTE ASUPRA PATOGENIEI ȘI TRATAMENTULUI PSIHOZELOR ENDOGENE*

Studiul patogeniei psihozelor a făcut obiectul unui prea mic număr de cercetări și faptul acesta este regretabil, deoarece o bună înțelegere a patogeniei ne dă cea mai bună orientare pentru tratament.

În ceea ce privește această patogenie putem distinge două mari categorii de psihoze, după cum ele sînt condiționate mai cu seamă de factori externi sau de cei interni. Avem deci psihoze exogene și endogene.

Este evident că această distincție este schematică. Nu vom pierde în realitate din vedere că factorii exogeni intervin într-o anumită măsură și în psihozele endogene, după cum terenul —deci factorii endogeni — are un rol important și în etiopatogenia psihozelor exogene.

Este deci mai exact să vorbim de psihoze mai cu seamă exogene și de altele cu predominanță endogenă.

Nu mă voi ocupa aici de toate psihozele endogene ci voi avea în vedere numai *psihozele afective* (*mania și melancolia, psihoza maniaco-depresivă*, la care putem adăuga și *psihastenia*) apoi *demența precoce* și *delirurile cronice* (delir cronic *sistematizat halucinator, paranoia sau delirul de interpretare*).

În ce privește primele, încă din 1906 susțin natura lor glandulară și în special hipertiroidiană și hipoovariană.

Faptele ce vin în sprijinul acestei opinii sînt numeroase și anume : frecvența mare a psihozelor afective la basedowieni, realizînd o psihologie proprie acestor bolnavi în genere, frecvența hipertrofiei tiroidiene în psihozele afective, predominanța lor ca și a sindroamelor tiroidiene în genere la femeie, apariția lor la pubertate, menopauză etc., cînd activitatea tiroidei se mărește, bunele efecte ale tiroidectomiei și radioterapiei tiroidiene etc.

Adaug că nu toate cazurile de manie și melancolie trebuie să recunoască numai decît o patogenie tiroidiană, dar aceasta mi se pare că există

* Publicat în „Viața medicală”, 1927, nr. 12.

în majoritatea cazurilor. Melancolia pare de altfel uneori, de natură hipotiroidiană, alteori, formele anxioase în special, de natură hipertiroidiană.

Ipoteza de care vorbesc a fost ulterior admisă și de alți autori ca Laignel-Lavastine, Stransky (care a început prin a o combate și a sfîrșit prin a o susține), Arndt etc.[1]).

O consecință practică a teoriei (sau cel puțin a ipotezei) patogenice, de care vorbesc, este aceea că tratamentul va trebui să vizeze reducerea sau regularea activității tiroidiene. Cred că în cele mai multe cazuri de manie, ca și în melancolia anxioasă, tiroidectomia este procedeul cel mai indicat care previne în măsura cea mai însemnată posibilitatea recidivelor.

Cum tiroida se regenerează ușor, va fi de dorit să se rezece o porțiune cît mai largă din glandă.

Dacă însă familia nu acceptă operația, va trebui să căutăm a reduce activitatea tiroidiană prin alte procedee (terapeutica ovariană, lob posterior de hipofiză, insulină, paratiroide, opoterapia cortico-suprarenală, timus, radioterapia).

În unele cazuri de melancolie cu forma francă depresivă, fără anxietate, în care avem motive să ne gîndim la o insuficiență tiroidiană, vom încerca și tratamentul tiroidian mai cu seamă dacă găsim simptome nete.

Evident că vom putea recurge și la opoterapia asociată, tiroovariană spre exemplu.

Nu este intenția mea de a expune aici întreaga terapeutică a psihozelor afective, mărginindu-mă să ating numai o latură a ei, aceea a terapeuticii biologice în legătură cu o anumită concepție patogenetică.

Trec acum la patogenia demenței precoce sau mai bine a schizofreniei. Este încă mai bine să zicem a sindromului schizofrenic.

Într-adevăr nu se poate afirma că avem a face cu o entitate morbidă. Este extrem de probabil că factori diferiți pot realiza acest sindrom.

În majoritatea cazurilor este vorba de o stare constituțională, fapt ce reiese din studiile referitoare la constituția somatică a acestor bolnavi făcute în mod independent de Kretschmer și de mine însumi și confirmate ulterior de numeroși autori.

Acești bolnavi aparțin mai cu seamă constituției zise astenice sau mai bine hipoplazice, longiline, microviscerale, constituție, în al cărei mecanism de producere intră un coeficient hipogenital, hipocorticosuprarenal și probabil hipotimic, hipertiroidian și hipoinsulinic și poate hipoparatiroidian.

Meritul lui Kretschmer este de a fi scos în relief legătura ce există între sindromul schizofrenic și o anumită constituție psihică și fizică ce se întîlnește și la „normali", prima nefiind decît exagerarea ultimei.

Pe baza acestor fapte putem înțelege mai bine patogenia schizofreniei, cel puțin într-un însemnat număr de cazuri, în cele mai numeroase după opinia mea.

Este vorba de o deficiență formativă, de o stare hipoplazică de un *deficit asimilator*. Astenia acestor bolnavi este corelativul acestei situații

[1]) Pentru mai multe detalii a se vedea capitolul respectiv din *Traité d'endocrinologie*, f. 2., de Parhon et Goldstein, 1927.

somatice. Astenia bolnavilor, excesul lor de sensibilitate în unele cazuri, de iritabilitate sau de irascibilitate sau de indeferentism în altele, sînt în legătură cu o anumită cenestezie. În sfîrşit, dezagregarea psihică însăşi pare a corespunde unui fel de degradare trofică a centrilor nervoşi superiori.

Un deficit în metabolismul nucleinelor mi se pare a face parte din patogenia demenţei precoce.

Consideraţiile de mai sus, ne indică calea ce trebuie să urmăm în tratamentul acestor bolnavi şi care de asemenea urmează să fie aplicată în mod preventiv copiilor şi tinerilor cu constituţia hipoplazică.

Va trebui să administrăm un tratament opoterapic capabil să stimuleze asimilaţia în genere şi sinteza nucleinelor în special.

Opoterapia pluriglandulară : timică, corticosuprarenală, insulinică, paratiroidiană şi poate orhitică sau ovariană, dar în special primele patru, îndeosebi cea timică şi insulinică, mi se pare a fi tratamentul cel mai indicat.

Tot ce poate contribui în acelaşi sens — viaţa în aer liber, cura de soare, aplicată cu prudenţa necesară — mi se pare de asemenea indicat.

Cu aceste tratamente, am obţinut rezultate încurajatoare în unele cazuri, îndeosebi cele mai recente.

Adaug însă că nu pot da aici decît o indicaţie de ordin general al unui tratament, care necesită încă studii amănunţite în ceea ce priveşte tehnica lui.

Dar tocmai pentru aceea el este bine să fie cunoscut pentru a putea fi studiat de toţi colegii, care s-ar interesa de această chestiune.

Sindroamele zise parafrenice, sau delir cronic sistematizat şi halucinator, delir de interpretare, sînt apropiate, din multe puncte de vedere, de demenţa precoce şi unora din ele li se poate atribui o patogenie asemănătoare. Tratamentul va fi deci de acelaşi fel.

În alte cazuri însă găsim alte asociaţii de tulburări glandulare.

Împreună cu Caraman şi Constanţa Parhon am atras atenţia asupra frecvenţei unui coeficient hiperhipofizar la deliranţii cronici. De asemenea, în special în formele ce apar după menopauză, sindromul de hipertiroidie cu hipo- sau anovarie, ni se pare a juca un rol important. Împreună cu O d o b e s c u am atras de mult atenţia asupra unui sindrom cu această bază de tulburări endocrine şi cu o latură psihopatologică paranoidă.

Evident, în cazurile acestea vom recurge în primul rînd la terapia ovariană, căreia am putea să-i asociem alte forme de tratament antitiroidian, ca insulina spre exemplu, cu atît mai mult cu cît în epoca menopauzei şi a vîrstei critice există o tendinţă la tulburări ale metabolismului hidraţilor de carbon, în sensul hiperglicemiei şi al glicozuriei.

Terapeutica ovariană sau orhitică va fi indicată şi în cazurile mai sus semnalate, în care găsim un coeficient hipofizar, opoterapia cu glandele genitale pare să se opună hiperfuncţiei hipofizare.

În rîndurile ce preced, am voit să arăt numai modul cum privesc eu însumi problema patogeniei şi tratamentului psihozelor endogene de care m-am ocupat.

Sînt departe de a crede că am expus tot ce se poate spune din acest punct de vedere. Nici n-a fost de altfel intenţia mea. Pentru acest motiv n-am menţionat mai multe lucrări.

Îmi propun să revin cu altă ocazie în mod mai amănunţit asupra acestor probleme.

О ПАТОГЕНЕЗЕ И ЛЕЧЕНИИ ЭНДОГЕННЫХ ПСИХОЗОВ

(КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ)

Автор напоминает об эндокринном, главным образом тиреоидном патогенезе аффективных психозов и о тех фактах, которые заставили его признать подобный патогенез наиболее вероятным, уделяя внимание преимущественно патогенезу раннего слабоумия и различных форм хронического бреда.

В исследованиях, проведенных параллельно, но независимо от Кречмера, автор пришел к заключению, что больные ранним слабоумием отличаются главным образом гипопластической, «длиннолинейной» конституцией, в образовании которой следует допустить влияние гипофункции половых желез и надпочечников, а также, вероятно, и участие гипотимического, гипоинсулинового и гипертиреоидного элементов. В данном случае можно говорить о недостаточности формообразующих, ассимиляционных процессов. Недостаток нуклеинов, повидимому, участвует в патогенезе шизофрении.

Плуригландулярная опотерапия посредством препаратов вилочковой железы, надпочечников, околощитовидных желез, инсулина и, может быть, препаратов яичка или яичника, но главным образом первых четырех, в особенности препаратов вилочковой железы и инсулина, кажется автору наиболее целесообразным средством, наряду с гигиеническими мероприятиями (жизнь на свежем воздухе, лечение солнцем).

Парафренические синдромы характеризуются иногда аналогичным патогенезом и поддаются такому же лечению. В других случаях участвуют гипергипофизарный или гипертиреогиноовариальный компоненты. В этих случаях показана опотерапия препаратами половых желез и инсулином.

QUELQUES NOTIONS SUR LA PATHOGÉNIE ET LE TRAITEMENT DES PSYCHOSES ENDOGÈNES

(RÉSUMÉ)

L'auteur rappelle la pathogénie endocrinienne, notamment thyroïdienne, des psychoses affectives et les faits qui l'ont déterminé à l'admettre comme la plus vraisemblable ; il insiste, également, sur la pathogénie de la démence précoce et des délires chroniques.

Par des recherches indépendantes et parallèles à celles de Kretschmer, l'auteur a abouti à la conclusion que les malades atteints de démence précoce présentent surtout une constitution hypoplasique, longiligne, à la formation de laquelle il faut admettre un coefficient hypogénital, hypocorticosurrénal et probablement aussi hypothymique, hypoinsulinique et hyperthyroïdien. Il s'agit d'une insuffisance formative, d'un déficit d'assimilation. Un déficit des nucléines semble intervenir dans la pathogénie de la schyzophrénie.

Pour l'auteur, le traitement le plus indiqué semble être, outre les mesures d'hygiène (vie à l'air libre, cure de soleil), l'opothérapie pluriglandulaire, en premier lieu thymique et corticosurrénale, puis insulinique, parathyroïdienne et, peut-être, orchitique et ovarienne.

Les syndromes paraphréniques reconnaissent, parfois, une pathogénie similaire et bénéficient du même traitement. Dans d'autres cas, on trouve un coefficient hyperhypophysaire ou hyperthyréo-hypoovarien. L'opothérapie par les glandes génitales et l'insuline sera indiquée dans ces cas.

DIAGNOSTICUL DELIRURILOR CRONICE DIN PUNCT DE VEDERE MEDICO-LEGAL*

Soarta alienaților criminali sau delicvenți constituie o importantă problemă de psihiatrie socială practică.

A pedepsi pe acești bolnavi ar fi un fapt monstruos, care totuși există și pe cît se pare, mai des decît s-ar putea crede.

A-i lăsa liberi în societate nu este mai puțin condamnabil, deși uneori s-a întîmplat și aceasta.

Dar ultima lege sanitară conține un articol în măsură să împace interesele societății și pe acelea ale suferindului.

Într-adevăr articolul 453 din această lege spune următoarele :

„Eliberarea unui bolnav criminal nu se va putea face decît după completa lui însănătoșire și după ce comisia compusă din procurorul local, medicul legist al parchetului și medicul primar care îngrijește bolnavul, va hotărî asupra cazului și va stabili condițiile în care bolnavul va trebui să trăiască în viitor".

Articolul acesta constituie o condamnare la internarea pe viață a tuturor alienaților cronici criminali, deci nevindecabili complet.

Constatarea aceasta comportă o gravitate deosebită.

Ea impune o precauție considerabilă, cînd este vorba de a se stabili diagnosticul unui alienat criminal în cursul unei expertize ca și atunci cînd este vorba de a se stabili însănătoșirea unui astfel de bolnav, ocazie ce impune o confirmare sau o infirmare a unui diagnostic stabilit mai înainte.

Printre alienații criminali cei mai periculoși, deliranții cronici constituie o categorie din cele mai importante.

A pune diagnosticul de delir cronic unui alienat criminal înseamnă, pentru psihiatru sau în genere pentru medicul expert, a-și lua o responsabilitate însemnată, chiar dacă această responsabilitate nu ar rămîne decît în fața propriei sale conștiințe.

* Publicată în „Revista de medicină legală", 1936, nr. 2.

A condamna la suprimarea pe viață, a dreptului la traiul liber în societate, a unui alienat vindecabil, este o faptă tot atît de regretabilă ca și aceea a condamnării pe viață la închisoare a unui inocent în urma unei erori judiciare.

De aceea lăsînd la o parte erorile de diagnostic, care au putut să aibă loc în trecut și fără să am pretenția de a epuiza în rîndurile ce urmează problema diagnosticului delirurilor cronice, îmi voi permite să amintesc aici unele puncte esențiale.

Cadrul delirurilor este destul de vast.

Într-o primă categorie găsim deliruri nesistematizate sau rău sistematizate.

În aceste forme sînt cuprinse cazurile diagnosticate uneori „parafrenie" sau „demență paranoidă". Raporturile acestor forme cu sindroamele schizofrenice sînt în afară de orice îndoială.

Bolnavii aceștia pot fi periculoși dar mai puțin decît aceia din categoriile următoare.

Prin însuși faptul dezorganizării lor psihice, ei sînt relativ ușor de condus și de stăpînit.

Ei sînt totuși nocivi pentru societate în genere ca și schizofrenicii și în special prin posibilitatea de a comite acte neprevăzute.

O altă categorie de deliranți cronici este aceea a celor sistematizați, și aici intră delirul cronic sistematizat halucinator al lui Magnan considerat într-un anumit timp de Kraepelin ca aparținînd demenței paranoide și pentru care mai tîrziu ilustrul psihiatru german a creat numele de parafrenie.

Halucinațiile, în special auditive, dar nu rareori olfactive, gustative, tactile, termice, ale simțului genital, fac parte din simptomatologia acestor forme de delir.

Între cazurile bine sistematizate și cele în care disociația psihică este foarte însemnată, găsim o întreagă gamă de forme de tranziție.

În sfîrșit, forma cea mai superioară a delirurilor cronice sistematizate este reprezentată de aceea pentru care Kraepelin, Tanzi și alți autori mențin numele de „paranoia" (nume întrebuințat de alți autori în accepțiuni foarte diferite) și care în Franța, grație în special lucrărilor lui Sérieux și Capgras, este cunoscută sub numele de delir de interpretare.

Dezintegrarea psihică este aici redusă la minimum sau inexistentă și majoritatea autorilor admit — pe nedrept după mine — că nu există nici un deficit intelectual.

Logica pare bine păstrată, așa de bine, încît nu rareori acești bolnavi au putut convinge pe magistrați, avocați, familie, de adevărul celor susținute de ei sau de integritatea funcțiilor lor psihice.

Totuși capacitatea lor critică nu este impecabilă.

Tanzi pentru care boala aceasta este „*molto rara*" o consideră ca triumful unui preconcept.

Dar tocmai faptul că bolnavii pornesc în raționamentele lor logice în aparență de la o idee falsă, arată inferioritatea puterii lor de critică, deci existența deficitului intelectual, oricît de redus ar fi el.

Ultimele două forme de deliruri cronice, prin însăşi sistematizarea lor, dau cazurile cele mai periculoase pentru societate; aceşti bolnavi se consideră continuu persecutaţi, pe baza halucinaţiilor sau a falselor interpretări şi totdeauna nedreptăţiţi, ameninţaţi chiar, în ceea ce priveşte viaţa lor, de unde sentimentul că se găsesc în legitimă apărare.

Următoarele manifestări sînt caracteristice pentru aceste forme:

a) existenţa unei constituţii psihice speciale, caracterizate printr-un sentiment de autoapreciere exagerată, de egofilie şi de egocentrism, ce merge paralel cu neîncrederea, cu bănuiala şi deprecierea celorlalte persoane;

b) pentru motivele de mai sus, prin absenţa sintonismului afectiv faţă de mediu, caracter al psihologiei schizoide;

c) prin atitudinea rezervată, reticentă faţă de mediu în genere, de persoanele cu care vin pentru prima dată în contact mai cu seamă, atitudine ce merge paralel cu intensitatea convingerilor lor delirante, pe care le exprimă cu vehemenţă, imediat ce sînt puţin excitaţi, printr-o contrazicere metodică şi progresivă din partea observatorului avizat;

d) prin scriptele lor numeroase, prin procesele necontenite şi în sfîrşit prin expresiile lor, referitoare la faptul că toată lumea ştie ce gîndesc ei, sau că li se trimit anumite gînduri etc., fapt ce arată existenţa halucinaţiilor, în sensul strict al cuvîntului sau cel puţin a ceea ce s-ar putea numi halucinaţii ideative, fenomen ce ar caracteriza apariţia în conştiinţa bolnavului, a unei idei sau şir de idei, care n-au apărut graţie asociaţiilor logice obişnuite;

e) în sfîrşit, o dată delirul apărut el se amplifică adeseori în cursul existenţei, favorizat de anumite intoxicaţii (alcoolică, nicotinică) sau de tulburări endocrine (hipertiroidie, menopauză etc.).

Va trebui să se ştie că unele idei delirante pot apărea în mod trecător la indivizi obosiţi, surmenaţi, în special din punct de vedere afectiv.

M a g n a n a vorbit de „*bouffées délirantes des dégénérés*". Dar noţiunea de degenerescenţă este prea vagă şi poate fi adeseori înlocuită cu aceea a unei tulburări endocriniene (congenitală sau cîştigată).

Pe de altă parte, la anumiţi indivizi, manifestaţiile somatice de „degenerescenţă" pot lipsi complet.

Oricum ar fi, prezenţa de sintonism afectiv, de sentimente duioase, de stăpînire de sine (care nu trebuie confundată cu reticenţa), absenţa afirmaţiilor caracteristice referitoare la faptul că toată lumea cunoaşte gîndurile lor, că li se vorbeşte prin telefonul fără fir, prin „telepatie", că li se trimit anumite gînduri etc. exclud în genere diagnosticul de delir cronic, paranoia, parafrenie etc.

Nu se va lua nici o autoapreciere moderat crescută, drept un semn elocvent pentru aceste diagnostice, fenomenul acesta fiind extrem de comun la oamenii consideraţi normali.

Nu este locul să insist asupra diagnosticului diferenţial cu fenomenele de tip paranoid, observate în cazurile uşoare, în timpul unor remisiuni relative sau în urma tratamentului malaric la paraliticii generali.

Diagnosticul acestor forme este în general uşor de făcut.

În paginile ce preced nu am avut pretenția și nici intenția de a epuiza studiul problemei delirurilor cronice.

Am ținut numai să arăt că existența articolului 453 dă acestei probleme un interes practic *foarte important din punct de vedere medico-legal și că atunci cînd într-o expertiză psihiatrică și medico-legală se va pune problema acestui diagnostic, să nu se uite toate consecințele ce decurg din stabilirea lui, atît pentru cel ce face obiectul expertizei cît și pentru experții ei înșiși.*

ДИАГНОЗ ХРОНИЧЕСКОГО ВРЕДА С СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ТОЧКИ ЗРЕНИЯ

(КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ)

Автор указывает на важность вопроса об умалишенных-преступниках или деликвентах, которых нельзя ни наказать, ни оставить на свободе в обществе. Согласно новым уголовным кодексам, при вынесении решения учитывается также и та опасность, которую представляют для общества подобные преступники.

Согласно санитарному законодательству, больного можно освободить лишь после его полного выздоровления. Это равносильно осуждению на пожизненное пребывание в госпитале всех хронических умалишенных преступников.

Отсюда вытекает большая ответственность врача — эксперта, ставящего подобный диагноз.

Автор дает краткий обзор симптоматологии несистематизированных или плохо систематизированных форм бреда с тем, чтобы перейти затем к более обстоятельному рассмотрению систематизированных форм бреда.

Опасность, которую представляют для общества умалишенные последней категории, обусловлена их логикой, которая на первый взгляд кажется хорошо сохраненной.

Вследствие галлюцинаций или ложных толкований они считают себя постоянно преследуемыми.

Для этих психозов характерны чрезмерно высокая самооценка и эгоцентризм, отсутствие аффективности по отиошению к окружающим, настороженное отношение к среде, писание доносов и жалоб, сутяжничество и т. п.

Проводится дифференциальный диагноз с преходящими бредовыми идеями, возникающими у некоторых утомленных субъектов, а также с чрезмерной самооценкой, наблюдаемой у нормальных людей.

Наличие аффективного синтонизма, самообладание, отсутствие утверждений о невозможности скрыть свои мысли от других людей и т. д. позволяют отличить эти случаи от хронического бреда.

LE DIAGNOSTIC DES DÉLIRES CHRONIQUES AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL

(RÉSUMÉ)

Au moment de l'apparition des nouveaux codes pénaux qui envisagent la sanction aussi au point de vue du danger social que représente le délinquant, l'auteur expose l'importance du problème des aliénés criminels ou délinquants qui ne peuvent être ni punis, ni laissés en liberté. Conformément à la legislation sanitaire, le malade ne peut être libéré qu'au moment de sa guérison totale. Cela équivaut à une condamnation à l'hospitalisation à vie de tous les aliénés chroniques criminels. D'où découle une grande responsabilité pour le médecin qui établit ce diagnostic.

L'auteur passe en revue les symptômes des délires non systématisés ou mal systématisés, pour insister plus longuement sur les délires systématisés. Le danger que ces derniers malades représentent pour la société tient surtout à leur logique apparemment bien conservée. A cause de leurs hallucinations ou de leurs fausses interprétations, ils se considèrent perpétuellement persécutés.

Le sentiment exagéré de sa propre valeur et l'égocentrisme, l'absence du sentiment affectif et la réticence à l'égard de l'entourage, les nombreuses paperasses et les procès, etc. sont caractéristiques de ces psychoses.

On fait le diagnostic différentiel d'avec les idées délirantes passagères qui apparaissent chez certains individus surmenés et d'avec le sentiment exagéré de sa propre valeur qu'on rencontre chez beaucoup d'individus normaux.

La présence du syntonisme effectif, de la maîtrise de soi-même, l'absence de l'affirmation que l'on connaît ses pensées, etc., peremettent de différencier ces cas des délires chroniques.

TRATAMENTUL SCHIZOFRENIEI CU INSULINĂ ÎN DOZE MICI*

SINDROM SCHIZOFRENIC, INFANTILISM ŞI AMENOREE, VINDECATE CU INSULINĂ ÎN DOZE MICI**

Observaţie : *S. S.*, de 20 de ani funcţionară ne este adusă în urma unei schimbări de caracter survenită în cursul lunii mai 1936.

Într-adevăr, bolnava noastră vine într-o seară acasă şi povesteşte familiei sale că patronul îi acordă mai multă atenţie decît celorlalte vînzătoare mai în vîrstă. A doua zi la serviciu are o criză de plîns şi imploră pe patron să o ierte fără a preciza de ce.

Acesta face cunoscut părinţilor atitudinea bizară a fetei care de altfel avusese la ea acasă cîteva accese de rîs şi de plîns fără motiv.

În urma acestor evenimente, familia se decide să interneze bolnava într-un serviciu de boli mintale.

Ea rămîne trei luni, pînă la începutul lunii noiembrie 1936, cînd părăseşte serviciul fără nici o ameliorare. În acest moment vine la consultaţiile noastre endocrinologice la spitalul „Iubirea de oameni". Este vorba de o tînără bolnavă, de talie mică, cu aspect infantil cu un oarecare grad de acromicrie. Părul este rar. Prezintă semnul lui Hertoghe. Urechile, nasul şi gura, mici. Caracterele sexuale secundare puţin dezvoltate. Tegumentele uşor pigmentate. Fără senzaţie de astenie. Bolnava este cea mai mică din 7 copii sănătoşi. Mama este de asemenea sănătoasă, tatăl mort cu doi ani în urmă, de hemoragie cerebrală, la 66 de ani.

Bolnava a avut prima menstruaţie la 15 ani, cu fluxul regulat pînă în momentul apariţiei tulburărilor mintale. Dura trei zile, era abundentă şi nedureroasă. Trebuie să menţionăm o epocă de amenoree de opt luni ce se menţine şi în momentul internării.

Ca antecedente patologice, bolnava noastră pare să fi avut mai multe gripe şi amigdalite. Bănuită de a fi bacilară, a fost supusă unui examen bacteriologic şi radioscopic, care, din acest punct de vedere, nu a dovedit nimic.

Examenul neurologic arată reflexe osteotendinoase vii, dar egale de ambele părţi. Reflexele oculo-pupilare sînt de asemenea normale. Tiroida nu este palpabilă. Pulsul este

---

* Academicianul C. I. Parhon, spre deosebire de Sackel, a propus în tratamentul schizofreniei administrarea insulinei, nu în doze de şoc, ci în doze mici de 10—20 unităţi zilnic, urmărind prin aceasta corectarea deficitului metabolic al acestor bolnavi.

Pentru a ilustra acest punct de vedere terapeutic am grupat sub un titlu comun două articole redactate cu colaboratori diferiţi, asupra acestei probleme.

** În colaborare cu Schächter-Nancy şi C. Wolfshaut. Comunicare prezentată în şedinţa din mai 1937 a Secţiei de neurologie şi psihiatrie din Bucureşti.

Publicată în „Bulletins et mémoires de la Section d'endocrinologie", 1937, nr. 5.

regulat, 72 bătăi pe minut. Fără semnul lui Chvosteck. Acuză un prurit generalizat fără cauză locală.

Examen psihic. În timpul explicațiilor mamei sale, tînăra bolnavă pare complet absentă ca și cum nu s-ar fi vorbit despre ea. Își plimbă ochii de la stînga la dreapta, pare că privește în vid. Întrebată, ea nu răspunde sau chiar dacă o face articulează cuvinte incoerente fără nici un raport cu întrebarea pusă. ori izbucnește într-un rîs zgomotos.

Cu puțin timp în urmă mama sa a lăsat-o în fața casei. Aceasta a fost destul pentru ca să dispară. A fost găsită din întîmplare după ce vagabondase și rătăcise pe străzi. Bineînțeles nu putea să dea nici un fel de lămurire asupra locurilor pe unde umblase. Este imposibil să o faci atentă. De asemenea nu-și dă osteneală să răspundă cînd este întrebată.

Atunci noi i-am prescris injecții cu insulină în doze de 10 unități pe zi în două injecții. Revăzută după 15 zile, ea prezenta aceeași stare mintală cu o paralogie clară. Ea vorbește de o colegă de serviciu care ar fi persecutat-o. Judecata este complet incoerentă și puerilă. Orientarea este alterată. Cîteodată reușește să ne dea un răspuns ceva mai satisfăcător.

În ceea ce privește persoanele, orientarea este foarte tulburată. În cursul unui interogatoriu, ea a susținut că unul dintre noi (profesorul Parhon) a urmărit-o cu insistență pe unul din bulevardele Capitalei. Nu recunoaște bine persoanele și comite greșeli enorme. Orientarea în spațiu este de asemenea defectuoasă, ea nu știe unde locuiește, nu recunoaște străzile, nu ar ști să se descurce singură pe stradă. Nu pare să aibă halucinații senzoriale.

Într-o zi, în timpul unei vizite a unuia dintre noi, ea crede că este avocatul X. Întrebată dacă știe că vizitatorul este medic, ea răspunde că este un renumit tenor din Capitală. Nu poate da precizări despre tenorul care vorbește, mulțumindu-se să spună că este tenorul reputat al unei țări din Orient. Ea pretinde că a făcut cunoștință cu unul dintre noi pe bulevard și are imediat o criză de rîs. Afectivitatea și pudoarea par conservate.

O dată spune că dorește să se căsătorească, altă dată că vrea să-și reia serviciul la magazin. Bolnava avea tendința de a strica la începutul bolii, dar apoi, aceasta a dispărut complet.

Continuăm tratamentul cu insulină în doze mici (10 unități pe zi), tratamentul prin șoc fiind refuzat.

Injecțiile au fost sistate în ianuarie 1937, cînd bolnava se simte ameliorată.

O lună mai tîrziu se constată o dispariție a mutismului. Autocritica a revenit parțial. Se orientează perfect în privința persoanelor, în timp și în spațiu. Ne recunoaște și dă mai multă atenție exteriorului său. Poate răspunde corect la întrebările puse asupra serviciului și dorește să și-l reia. Refuză să răspundă de ce a părăsit serviciul afirmînd numai că a părăsit capitala (familia susține că ea știe cauza dar că-i este rușine să spună).

Noi am menționat că de opt luni este amenoreică. În urma cîtorva injecții cu preparat din lobul anterior al hipofizei, menstruația a revenit dar durează o zi și se rezumă la cîteva pete de sînge.

Revăzută în martie 1937, starea fizică se menține foarte ameliorată. Se observă o tendință clară spre îngrășare (a cîștigat 6 kg în greutate). Bolnava dorește să-și reia serviciul. Părul rar la începutul bolii crește mai bine acum. Pruritul a dispărut complet.

Noi am revăzut-o în mai multe rînduri în aprilie și mai 1937 și am notat că starea ei psihică se menținea foarte satisfăcătoare. Nu avea tulburări mintale. Tendință persistentă spre îngrășare. Tratamentul fusese întrerupt.

Observația de mai sus este un exemplu al eficacității tratamentului cu insulină în doze mici, într-un caz incontestabil de schizofrenie. După cum am spus, noi am vrut să întrebuințăm tratamentul recent preconizat de Sackel, dar familia s-a opus. Atunci am recurs la tratamentul prin doze mici.

De multă vreme unul dintre noi susținuse independent de Kretschmer că schizofrenicii prezintă în special constituția longilină, hipoplazică, în geneza căruia putem invoca un coeficient hipogenital hipocorticosuprarenal, hipotimic și hipoinsulinic.

Este vorba de un deficit formativ, de un deficit de asimilare. O tulburare în utilizarea nucleinelor pare de asemenea probabilă.

Din punct de vedere terapeutic rezultă că opoterapia pluriglandulară timică, corticosuprarenală, insulinică, paratiroidiană, şi poate ovariană şi orhitică, dar mai cu seamă cea timică şi insulinică, par tratamentele cele mai indicate. Cazul nostru vine să sprijine aceste consideraţii patogenetice şi terapeutice făcute de unul dintre noi într-o lucrare asupra patogeniei şi tratamentului psihozelor endogene apărută într-o revistă medicală romînă[1]).

ASUPRA TRATAMENTELOR INSULINICE ÎN SCHIZOFRENIE*

Întrebuinţarea tratamentului cu insulină în psihiatrie nu este nou. El a fost utilizat mai întîi pentru a mări pofta de mîncare la bolnavii care refuzau alimentaţia. În ceea ce priveşte schizofrenia, unul dintre noi (Parhon) a recurs la acest tratament condus de considerente de ordin patogenetic. Ca şi alţi autori el remarcă că majoritatea bolnavilor săi prezintă o constituţie hipoplazică sau astenică longilină, constituţie care înseamnează deficit de asimilare. Aceasta se explică printr-un deficit de hormoni genitali, timici, corticosuprarenali, insulari şi printr-o stare de hipertiroidism.

Condus de aceste considerente, el propune ca tratament opoterapia prin hormonii asimilatori şi mai ales prin timus şi prin insulină.

A propus de asemenea pe cea din urmă pentru cei cu sindroame paranoide (sau parafrenice). Recurgînd la aceste tratamente, a avut un rezultat încurajator.

El a observat un succes foarte clar într-un caz a cărei observaţie a fost relatată cu Schächter în şedinţa din iunie 1926 a Secţiei de endocrinologie. În acest caz s-a aplicat tratamentul cu injecţii de insulină în doze mici.

Sackel a avut ideea de a recurge la şocul insulinic în tratamentul schizofreniei, obţinînd mai ales în cazurile recente rezultate foarte satisfăcătoare, într-o proporţie destul de importantă. Exemplul său a fost urmat de numeroşi autori ca Nina Lichter, Chivu (ale căror rezultate nu au fost prea încurajatoare) şi de Benedek Zoltan von Pap, Boranovski Borysovicz, Morzynski, Ossendrovski Peradonski, Witek.

În clinica sa, Benedek von Pap relatează rezultatul tratamentului prin şocuri insulinice în 57 cazuri de schizofrenie — 38,59% ameliorări foarte importante şi 61,40% insuccese.

Metoda nu a dat rezultate evidente decît în cazurile în care durata bolii nu depăşise un an. Autorul crede că este necesar să se ajungă la comă pentru bunul rezultat al tratamentului. Dar am văzut că în anumite cazuri se pot obţine rezultate bune şi cu doze mici.

---

1) Viaţa medicală, dec. 1927.

* În colaborare cu D. Enăchescu şi Ep. Tomorug. Publicată în „Bulletins et mémoires de la Section d'endocrinologie", 1937, nr. 8.

Se vor găsi de asemenea în această lucrare detalii asupra tehnici tratamentului, pericolelor sale, alterațiile nervoase care le poate determina precum și unele indicații asupra efectelor salutare ale altor tratamente, printre care acelea a lui Galant cu injecții de sînge placentar. Acest autor ar fi obținut ameliorări în 68% din cazuri.

La noi, prima lucrare este datorită lui Lichter care publică, în cursul aceluiaşi an, rezultatele obținute în colaborare cu d-na Lichter, în volumul jubiliar dedicat prof. Parhon. De atunci tratamentul prin șocuri insulinice a fost întrebuințat în toate spitalele psihiatrice din țară. Vom relata aici primele noastre rezultate.

În ceea ce privește tehnica întrebuințată, se începe cu o doză mică de insulină (10 unități) dimineața pe nemîncate pentru a mări doza la 20—30 unități în zilele următoare pînă la doza comatoasă. După primul șoc cu comă intercalăm o zi de repaus apoi continuăm injecțiile în fiecare zi mărind doza la nevoie cu 5 pînă la 10 unități. Fără îndoială că această tehnică nu are nimic absolut și că se poate varia după caz. În general, am intervenit cu tratamentul zaharat cînd starea bolnavului părea îngrijorătoare.

Nu am avut nici un caz mortal. Asemenea cazuri au fost observate însă de alți autori ceea ce dovedește că tratamentul insulinic nu este întotdeauna inofensiv.

Iată acum observațiile noastre cu rezultatele obținute :

O bolnavă, de 16 ani, prezintă de 8 luni semne incontestabile de schizofrenie. Indiferentism afectiv, mutism, privire piezișe, rîs exploziv, acte impulsive, mimică inexpresivă, inactivitate absolută.

Bolnava a făcut în total 35 șocuri cu insulină dintre care 20 „umede", celelalte cu comă. Primul șoc a avut loc după administrarea a 80, ultimul după 160 unități. O singură dată șocul s-a complicat cu fenomene convulsive. De asemenea o singură dată a prezentat fenomene ușoare de colaps cardiac. De două ori a avut vomitări după comă. Bolnava se vindecă și această stare se menține de aproape trei luni.

Al doilea bolnav, de 25 de ani, student în medicină, manifestă de 18 luni simptome paranoide. Un tratament cu șocuri insulinice (35 șocuri) făcut de Sackel a determinat o remisiune și această stare s-a menținut timp de două luni. Un nou tratament prin șocuri insulinice (30 șocuri) și cîteva șocuri cardiazolice determină din nou regresiunea simptomelor, astfel că bolnavul se simte din nou destul de bine rămînînd la domiciliu timp de 40 de zile. Totuşi din cînd în cînd prezenta un rîs zgomotos și nemotivat.

Dar după acest timp simptomele revenіră și devine violent cu părinții săi. Reclamă la poliție că i se pun microbi în pat și la restaurante otravă în mîncare.

În serviciul nostru i se aplică din nou șocuri de insulină (35) primul cu 120, ultimul cu 190 unități.

În urma acestui tratament starea lui pare să se amelioreze. Dar această stare nu durează decît două săptămîni pentru a face din nou loc simptomelor paranoide tot atît de accentuate ca la început.

O bolnavă de 24 de ani, ale cărei tulburări datează de doi ani și 3 luni și căreia i se aplică 35 șocuri (cu 80—120 unități) prezintă o ușoară ameliorare a simptomelor dar această ameliorare nu se manifestă decît două luni după încetarea tratamentului și nu a fost atît de accentuată pentru a permite eliberarea bolnavului. În plus, între această ameliorare și ultimul șoc insulinic, bolnava a suferit de un icter cataral.

Altă bolnavă de 29 de ani care suferea de doi ani de aceste tulburări schizofrenice nu a fost influențată de cele 25 de șocuri insulinice (de 160—180 unități). De asemenea, nici o ameliorare la cele 4 bolnave ale căror vîrstă varia între 22 și 30 de ani și durata bolii între 4 și 6 ani și numărul șocurilor de la 30 pînă la 60 cu 180—220 unități de fiecare dată.

Acelaşi lucru s-a petrecut cu alte 6 bolnave ale căror tulburări datau de la 6 pînă la 8 ani (vîrsta bolnavelor între 22 şi 35 de ani) şi numărul şocurilor de la 30 pînă la 60 cu 180—220 unităţi de fiecare dată.

Alt bolnav continuă tratamentul timp de 5 luni. El suportă 105 şocuri doza maximă urcînd pînă la 460 unităţi. Acest ultim bolnav, împreună cu un altul dintre cei prezentaţi, a fost uşor ameliorat dar din punct de vedere practic această ameliorare nu contează.

Rezultatele noastre nu au fost prea încurajatoare deoarece numai într-un singur caz am putut obţine totala dispariţie a simptomelor în aşa fel încît bolnava să poată fi considerată vindecată.

Dar cazul este prea recent pentru a putea trage concluzii[1]).

Afară de aceasta, unul dintre noi cu Schächter a relatat o observaţie în care s-a obţinut un rezultat asemănător cu doze mici de insulină. Este adevărat că majoritatea cazurilor noastre erau vechi.

Ne propunem să ne continuăm cercetările, remarcînd totodată că tratamentul cu şocuri nu este ultimul cuvînt în terapeutica schizofreniei. Părerea noastră este, că eforturile psihiatrilor trebuie să tindă spre elucidarea problemei patogeniei sindromului schizofrenic despre care vorbim, ceea ce credem că va indica de asemenea tratamentul cel mai raţional şi mai eficace.

ЛЕЧЕНИЕ ШИЗОФРЕНИИ МАЛЫМИ ДОЗАМИ ИНСУЛИНА

ШИЗОФРЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, ИНФАНТИЛИЗМ И АМЕНОРРЕЯ, ИЗЛЕЧЕННЫЕ МАЛЫМИ ДОЗАМИ ИНСУЛИНА.

ПО ПОВОДУ ИНСУЛИНОВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

(КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ)

Автор предложил для лечения шизофрении введение инсулина не шоковыми, а небольшими дозами, по 10—20 Е. ежедневно, преследуя цель корригировать метаболический дефицит больных.

Действительно, шизофреники обычно отличаются «длиннолинейной» гипопластической конституцией, что указывает на недостаток анаболических гормонов (половых, надпочечниковых, инсулина, гормона вилочковой железы).

Приводится случай несомненной шизофрении у больной с инфантилизмом и аменорреей, которая психически выздоровела в результате длительного лечения инсулином по 20 Е. ежедневно. Менструация появилась после присоединения гипофизарной опотерапии. У больных, подвергавшихся лечению посредством инсулиновых шоков, выраженное улучшение произошло лишь в одном случае.

Автор не считает, что лечение «шоками» представляет собой последнее слово в лечении шизофрении, поскольку правильное лечение может основываться лишь на знании патогенеза болезни.

---

[1]) De atunci, după mai mult de 4 luni de la ieşirea din clinică, bolnavei pare să-i fi revenit anumite tulburări.

LE TRAITEMENT DE LA SCHIZOPHRÉNIE PAR L'INSULINE À FAIBLES DOSES

SYNDROME SCHIZOPHRÉNIQUE, INFANTILISME ET AMENORRHÉE, GUÉRIS PAR L'INSULINOTHÉRAPIE EN PETITES DOSES

SUR LES TRAITEMENTS INSULINIQUES DANS LA SCHIZOPHRÉNIE

(RÉSUMÉ)

L'auteur a proposé, pour le traitement de la schizophrénie, l'administration d'insuline, non pas en doses de choc, mais á faibles doses, de 10 à 20 unités par jour, afin de corriger le déficit métabolique des malades. En effet, ceux-ci ont d'habitude une constitution longiligne, hypoplasique, ce qui démontre un déficit d'hormones anaboliques (génitales, corticosurrénales, thymiques, insuline).

On communique un cas de schizophrénie indiscutable chez une malade atteinte d'infantilisme et d'aménorrhée, qui a été guérie, au point de vue psychique, par suite d'un traitement prolongé de 20 unités d'insuline par jour. La menstruation est apparue après l'association de l'opothérapie hypophysaire.

Dans les cas traités par chocs d'insuline, une amélioration bien marquée n'a été obtenue que chez un seul malade.

L'auteur n'est pas d'avis que la thérapie par „chocs" soit le dernier mot du traitement de la schizophrénie; ce traitement ne pourra être réalisé que lorsque la pathogénie de cette maladie sera précisée.

ÎNCERCĂRI ASUPRA ACŢIUNII SERULUI MANIACILOR ÎN MELANCOLIE ŞI A SERULUI MELANCOLICILOR ÎN MANIE*

Chestiunea patogeniei maniei şi a melancoliei, adică a psihozelor afective, constituie una din problemele cele mai interesante ale psihiatriei şi ea este departe de a fi elucidată.

Cea mai mare parte a autorilor încearcă astăzi să vadă în manie şi melancolie expresia răsfrîngerii asupra creierului a unor modificări ale schimburilor generale ale nutriţiei. Aceasta este, de pildă, părerea lui Kraepelin (1). Tanzi (2) este de acord şi el.

În lucrări anterioare, vorbind despre frecvenţa mare a maniei şi melancoliei printre psihozele basedowiene, unul din noi (3), (4), (5), a susţinut ipoteza că psihozele afective recunosc, drept condiţie, în multe cazuri cel puţin, o tulburare a funcţiilor tiroidiene.

Mai mulţi autori admiseseră deja un strîns raport între psihozele basedowiene şi psihoza maniaco-depresivă. Alţii chiar precizaseră că tulburărilor funcţionale ale glandei tiroide li se datoresc nu numai simptomele guşii exoftalmice, dar în acelaşi timp şi alteraţiile psihice, printre care, după cum am spus, mania şi melancolia ocupă primul loc.

Afară de frecvenţa psihozelor afective despre care am vorbit mai sus şi la care se cuvine să se alăture fobiile şi obsesiile din sindromul lui Basedow, alte fapte ne arată o legătură între glanda tiroidă şi aceste tulburări psihice, chiar cînd nu sînt în asociere cu sindromul lui Graves.

Tulburările de nutriţie, atît de des observate în manie şi melancolie, pot să fie citate din acest punct de vedere, căci influenţa glandei tiroide asupra nutriţiei este considerabilă.

În aceeaşi ordine de idei se pot invoca raporturile dintre psihoza maniaco-depresivă şi arterioscleroză, asupra căreia Kraepelin atrage atenţia.

---

* În colaborare cu Eugenia Mateescu şi A. Ţupa. Publicată în „Revue neurologique", 1913, nr. 7.

Ne putem gîndi, cu privire la aceste raporturi, la o reacție a capsulelor suprarenale, întrucît se știe că pentru Lortat, Jacob și Săbăreanu, tiroidectomia exercită o acțiune de împiedicare a producerii arteriosclerozei prin injecții de adrenalină, în vreme ce castrarea exercită o acțiune de favorizare.

Putem cita de asemenea apariția atît de frecventă a melancoliei în epoca menopauzei, în care se întîlnesc atîtea fenomene ce se pot apropia, sau chiar și identifica cu ale hipertiroidismului (ca tahicardia, palpitațiile, valurile de căldură, transpirațiile exagerate și uneori chiar și hipertrofia tiroidei).

Este același lucru în ceea ce privește raporturile pe care mania și melancolia le stabilesc cu pubertatea, menstruația etc., epoci în care se observă o hipertrofie sau o hiperfuncție fiziologică a glandei tiroide.

În sfîrșit, faptul că psihoza maniaco-depresivă și melancolia mai cu seamă, sînt mai frecvente la sexul feminin — ca și bolile corpului tiroid în general — sprijină de asemenea ipoteza pe care am expus-o mai sus.

După statistica lui Garnier (citat după (6)), din 100 de cazuri de melancolie se găsesc 80 la femei. Sainton (7), din 230 de cazuri de sindrom Basedow, găsește la rîndul său 204 femei, deci 88%. Proporția este foarte apropiată.

Mai notăm, de asemenea, că unul din noi studiind greutatea tiroidei la alienați, găsește că psihozele afective ocupă și din acest punct de vedere locul întîi (8).

În a doua monografie a lui Stransky (9), acesta se arată, la rîndul său, favorabil părerii conform căreia psihoza maniaco-depresivă ar fi în legătură cu o tulburare glandulară.

Alte fapte, și avem aici în vedere cercetările lui Bruce și Peebles (citați după (10)) și pe acelea făcute de unul din noi cu Dan (11) și Urechia (12) arată că formula leucocitară este adesea modificată în manie și melancolie, apropiindu-se, cel puțin în unele cazuri, de aceea întîlnită în boala lui Basedow.

Dar, pentru a adînci natura fenomenelor, studiul clinic, anatomopatologic și histologic al organelor și al sîngelui în psihoze, oricît ar fi de interesant, nu mai pare suficient.

Credem că de aici înainte studiile trebuie să se orienteze, într-o măsură tot mai largă, spre partea biologică a problemelor și aceasta ni se pare mai cu seamă indicat pentru psihoze ca mania, melancolia, paralizia generală, unde alterația primitivă pare să se afle în afara creierului.

Ne putem gîndi — cel puțin pentru unele cazuri — că tulburările care preced apariția maniei sau a melancoliei sînt de sens opus și comparabile, în oarecare măsură, cu acelea care produc mixedemul și sindromul lui Basedow.

Se cunoaște acțiunea serului de animale etiroidate în acest ultim sindrom și vom aminti că Bouchard a avut rezultate bune injectînd serul unui mixedematos unei tinere fete basedowiene.

În această ordine de idei și ca o primă tentativă în studiul proprietăților biologice ale sîngelui în psihozele afective, ni s-a părut interesant

să studiem acţiunea serului sanguin al maniacilor asupra melancoliei, precum şi invers acţiunea serului acestora din urmă asupra primilor.

Observaţiile care urmează cuprind cele dintîi rezultate obţinute.

Observaţi i. Bolnavul *D. H.*,de 46 de ani, intră în serviciul unuia dintre noi la 29.XI.1912.

Părinţii săi nu mai trăiesc. Nu s-au notat cazuri de alienaţie mintală în familie, despre care de altfel nu avem multe amănunte.

Bolnavul nostru se ocupă cu munca cîmpului; este căsătorit şi tată a cinci copii, din care două fete măritate.

Soţia, ca şi copiii, sînt sănătoşi. Nu pare că bolnavul nostru să fi avut vreo infecţie specifică, şi soţia lui nu a avut nici un avort.

Bolnavul tăgăduieşte abuzul de alcool.

Boala lui actuală durează de şase ani. De atunci nu a mai putut fi în stare să muncească în chip susţinut. Se închidea în casă, era dornic de singurătate, alunga copiii şi de mai multe ori a încercat să-şi pună capăt zilelor.

Astfel, într-o zi a încercat să se spînzure, în alt rînd a vrut să-şi taie gîtul. Altă dată s-a aruncat în apă. În sfîrşit, într-o zi a fost găsit pe jumătate îngropat într-o groapă pe care şi-o săpase el singur.

La intrarea în serviciu s-a notat, din punct de vedere somatic, că statura bolnavului este de 1,62 m. Craniul este simetric, cu diametrul antero-posterior 182 mm, diametrul transvers 130 mm, circumferinţa craniană fiind de 55 cm. Părul nu este prea des. Fruntea este lată şi adînc brăzdată. Sprîncenele dese, îi acoperă ochii. Cea din stînga este ceva mai ridicată decît cea dreaptă.

Deschizăturile palpebrale sînt egale. Nasul uşor deviat spre stînga. Şanţurile nazolabiale foarte adînci. Uşoară asimetrie facială, jumătatea dreaptă fiind mai puţin dezvoltată decît cea stîngă.

Orificiul bucal nu prezintă nimic special. Dinţii regulaţi şi bine conservaţi.

Tremurături fibrilare ale limbii. Bolta palatină ogivală. Urechi simetrice. Sistemul pilos din regiunea facială este foarte dezvoltat. Gura este ascunsă sub mustăţi foarte stufoase. Părul bărbii creşte pînă pe pomeţi. Tiroida impalpabilă. Toracele pare dilatat. Tegumentele din regiunea anterioară a toracelui sînt acoperite cu peri abundenţi, în vreme ce perii din regiunile pubiană şi axilară sînt rari. Ţesutul adipos este sărac iar musculatura fără tonicitate.

Membrele sînt bine conformate. Se observă o tremurătură a degetelor. La membrele inferioare se notează că tegumentele gambelor şi ale dosului picioarelor sînt uscate, aspre, fără elasticitate. În această regiune se observă chiar o exfoliere prin plăci, ce pe alocuri, amintesc solzii de peşte. Aceeaşi asprime a tegumentelor, deşi mai puţin pronunţată, se observă de altfel şi în alte regiuni, mai ales pe toracele anterior.

Cu privire la reflexe, notăm integritatea reflexelor pupilare, precum şi exagerarea puţin marcată, a reflexelor plantare, patelare şi ahiliene, şi mai pronunţată, a reflexelor abdominale. Dermografism normal.

Dat fiind mutismul aproape complet al bolnavului, nu se poate face un examen amănunţit al sensibilităţii. Dar dacă ţinem seama de reacţiile lui la durere, ajungem să admitem cel puţin pentru această formă de sensibilitate, ca fiind mai de grabă exagerate.

Reacţia globulinelor în lichidul cefalorahidian este negativă.

Din punct de vedere psihic, impresionează mai întîi atitudinea bolnavului, care stă cu capul aplecat, cu fruntea încreţită, cu ochii în pămînt şi trunchiul înclinat înainte, ca şi cînd ar duce o mare şi dureroasă greutate, cu braţele căzîndu-i de-a lungul corpului, dînd impresia unei deznădejdi adînci şi a unei mîhniri fără margini. Niciodată un surîs nu destinde faţa lui şi mutismul îi este atît de îndîrjit, inhibiţia psihomotoare atît de pronunţată, încît face aproape impresia unei statui.

Nu a părăsit vreodată patul. Stă cuibărit între pături, şi trebuie silit să se scoale ca să mănînce. La toate întrebările noastre răspunde aproape invariabil şi de cele mai multe ori după numeroase insistenţe din partea noastră: „nu ştiu", răspuns pe care bolnavul îl dă cu o sforţare vădită, ca şi cînd ar dori să pună capăt cît mai repede discuţiei.

Totuşi bolnavul nu pare dezorientat, şi cu toate că răspunde cu anevoie, se poate constata că are calculul mintal bun. El nu pare să prezinte halucinaţii.

Este curat, cu toate că nu se ocupă de persoana lui. Nu cere niciodată mîncare, dar nici nu refuză alimentele cînd i se servesc la ora prînzului.

Mişcările lui sînt foarte lente. Caută să înlăture orice sforţare şi trebuie să fie dezbrăcat şi îmbrăcat.

Iată starea bolnavului la intrare şi pînă la începutul cercetărilor noastre.

La 6 decembrie, bolnavul primeşte, intravenos, 10 cm^3 de ser de la bolnava *M. M.* Se lasă injectat fără cea mai mică obiecţie, scoţînd numai cîteva gemete înfundate.

La întrebările noastre continuă sa răspundă prin acelaşi : „nu ştiu", chiar cînd întrebările noastre se referă la durerea produsă de înţepătură.

La 14 decembrie, a doua injecţie intravenoasă de 12 cm^3 de la bolnavele *M. M.* şi *R. I.* Peste cîteva minute, injecţie subcutană de 10 cm^3 de ser de la aceleaşi bolnave (în regiunea abdominală).

Cîteva minute înainte de injecţie am încercat să-i vorbim. Strigîndu-l pe nume, a ridicat capul şi ne-a privit fără să spună nimic.

Dar în intervalul dintre cele două injecţii (intravenoasă şi cutană), o mare schimbare s-a manifestat în dispoziţia psihică a bolnavului.

A început să vorbească, la întrebările noastre ne-a spus cum îl cheamă, numele satului său, al judeţului, ne-a vorbit despre îndeletnicirile lui, de familie, rugîndu-ne în sfîrşit să-i permitem să părăsească ospiciul.

I s-au umplut ochii de lacrimi vorbind de copii. Faţa lui se luminează şi rîde din toată inima de glumele noastre.

Trei sau patru ore după cele două injecţii, a fost găsit mai deprimat. Continuă să răspundă la întrebările noastre, dar acum face o sforţare vădită.

Peste cîteva ore a fost din nou bine dispus şi izbutim din nou să-l facem să rîdă. Gardianul ne spune că, voind să-i schimbe salonul, bolnavul a refuzat, spunînd că preferă locul pe care l-a ocupat pînă atunci.

La 18 decembrie i se face a treia injecţie intravenoasă, de 17 cm^3 de ser, de la aceleaşi blonave, şi, pe lîngă aceasta 19 cm^3 subcutanat.

Bolnavul se îmbracă singur, ne face diverse mici servicii. În mersul său nu se mai observă inhibiţia psihomotoare care era atît de pronunţată înainte de injecţii.

La 23 decembrie, primeşte subcutanat 34 cm^3 de ser, de la bolnava *N. D.* şi *R. I.*

La 27 decembrie primeşte intravenos 32 cm^3 de ser, precum şi 20 cm^3 subcutanat.

Bolnavul se dezbracă singur. Este orientat în timp. Ne cere iar voie să se întoarcă la ai lui.

La 3.I.1913 — a şasea injecţie. Primeşte 20 cm^3 în venă şi o cantitate egală subcutanat (ser *R. I.* şi *N. D.*).

Nu se observă nimic special imediat după injecţie.

Pe locul injecţiei subcutane s-a observat în zilele următoare, o uşoară tumefacţie dureroasă, care devine fluctuentă şi care a fost deschisă cu bisturiul, lăsînd să iasă o oarecare cantitate de puroi.

Bolnavul era din nou deprimat în cursul evoluţiei procesului de inflamaţie şi supuraţie.

La 30 ianuarie bolnavul are aerul trist. Nu vorbeşte spontan dar răspunde cînd este întrebat. Totuşi se mişcă cu uşurinţă.

Se poate constata că bolnavul este bine orientat în spaţiu. Ne spune că este într-un spital lîngă Bucureşti (bolnavul este din Dobrogea). Destul de bine orientat în timp. Îşi dă seama că este miercuri (ceea ce este exact) dar nu ne poate spune în ce lună sîntem. Se scuză zicînd că nu a ţinut niciodată seamă de aceste lucruri (ceea ce se întîmplă deseori la ţărani).

Îşi dă seama că în curînd va veni primăvara şi se gîndeşte să se ducă să-şi are pămîntul.

Atenţia este susţinută.

Ne dă amănunte destul de precise despre ziua cînd a intrat la ospiciu, asupra călătoriei lui pînă la Bucureşti, ceea ce ne arată că are memoria păstrată şi fără tulburări pronunţate.

Calculul mintal este bun.

Din punct de vedere afectiv, progresul este indiscutabil. Vorbeşte cu multă dragoste de copiii săi şi de soţie. Singura lui dorinţă este de a se întoarce acasă. Răspunsurile lui, deşi scurte, sînt corecte ca formă şi conţinut.

12 februarie. Ameliorarea se menţine.

Vom rezuma acum în chip foarte succint, starea psihică a bolnavelor care ne-au procurat serul.

M. M., de 20 de ani, intră la ospiciul „Mărcuţa" la 8.VIII.1912. Ar fi prezentat simptome de pelagră în luna aprilie. Tulburările psihice s-ar fi ivit în luna iulie.

La ospiciu am notat, pe lîngă o stare somatică excelentă, bolnava dînd impresia unei sănătăţi fizice admirabile şi a unei tinereţi exuberante, o stare psihică de excitare maniacă din cele mai caracteristice.

Bolnava totdeauna surîzătoare, prezenta o euforie permanentă. Pe lîngă aceasta, se mai observă tendinţe erotice. Îi place să fie înconjurată de bărbaţi. Prezintă o logoree intensă. Nu este în stare să facă o muncă stăruitoare. Atenţia este foarte mobilă. Memoria nu este alterată. Orientarea în timp şi spaţiu este bună.

N.D., de 50 de ani, a intrat în ospiciu la 17. IX. 1912, bolnavă din luna iulie a aceluiaşi an.

La ospiciu s-a notat o stare de excitare psihică intensă. Bolnava n-are de loc astîmpăr. Vorbeşte mereu şi precipitat. Totuşi frazele ei sînt bine construite. Fugă de idei. Caută să se împodobească. Calculul mintal destul de bun pentru instrucţia pe care o are. Atenţia este mobilă. Este oarecum conştientă de tulburarea ei psihică, deoarece din cînd în cînd spune că este nebună. Insomnii intense.

R.I., intră în ospiciu la 9. XII. 1912. A mai fost internată o dată în 1904, stînd o lună la azil.

În serviciu este găsită cu părul în dezordine, hainele rupte, faţa congestionată, dar cu o expresie de euforie. Agitaţie motoare şi logoree intensă. Fugă de idei. Sentimentul pudoarei lipseşte. Memoria este bună. Atenţia mobilă. Tendinţă de a-şi bate joc de ceilalţi. Calcul mintal bun. Orientarea în spaţiu bună. În timp este mai puţin bine orientată. Insomnii.

Mai adăugăm în sfîrşit că la o bolnavă suferind de psihoză maniaco-depresivă şi prezentînd uşoare simptome de excitare, am injectat, în mai multe rînduri, ser provenind de la două cazuri (un bărbat şi o femeie) de melancolie simplă, cu inhibiţie psihomotoare destul de pronunţată, dar fără idei delirante.

Astfel, la 22 decembrie, bolnava a primit 11 cm^3 de ser intravenos de la bolnavul *A*, şi de la bolnava *P*.

Cîteva minute mai tîrziu i s-a făcut o injecţie subcutanată de 20 cm^3 provenind de la aceiaşi bolnavi.

În cursul ultimei injecţii pacienta a fost apucată de un rîs exploziv.

La 27 decembrie, a primit din nou 20 cm^3 în injecţie subcutanată.

La 3 ianuarie, se administrează 30 cm^3 de ser de aceeaşi provenienţă, pe aceeaşi cale.

În timpul ultimelor două injecţii sau în urma lor, nu am observat nimic special.

Se poate crede că explozia de rîs observată în cursul primei injecţii subcutanate a fost în legătură cu o stare de hiperexcitabilitate a centrilor nervoşi şi sîntem îndreptăţiţi să ne întrebăm dacă introducerea intravenoasă de ser nu a contribuit întrucîtva la această stare, cu toate că provenea de la un caz de melancolie. Acest ser dacă conţinea substanţe capabile să determine o depresiune psihică, acţiunea lui putea varia cu doza şi cu terenul pe care el acţiona.

Studiul acestor cazuri nu permite o concluzie definitivă. Totuşi, în cazul de melancolie, ni se pare că ameliorarea a fost evidentă şi a urmat foarte de aproape injecţia de ser de maniaci. Se poate chiar spune că transformarea psihică a bolnavului în urma injecţiei a doua a fost aproape instantanee.

De altfel, intenţia acestei lucrări nu a fost atît să stabilească o concluzie fermă, care nu se poate trage decît în urma unor cercetări mult mai numeroase, cît a atrage atenţia psihiatrilor asupra importanţei pe care poate să o aibă studiul biologic al cazurilor pe care le observă.

S-ar putea studia de asemenea acţiunea sîngelui sau extraselor de creier sau diverse organe injectate la animale, cum a făcut Gley de pildă pentru sînge şi tiroidă în sindromul lui Basedow.

Ar fi de asemenea interesant să se adîncească studiul stării fizico-chimice a sîngelui, şi a organelor la alienaţi.

În acest mod se va putea cu siguranţă lărgi cîmpul de observaţie, interpretînd fenomenele la lumina unui mai mare număr de cunoştinţe

şi înţelegînd mai bine legăturile care unesc alteraţiile funcţiilor psihice, adică cerebrale, cu acele ale celorlalte organe şi mai cu seamă modificările sîngelui şi ale limfei interstiţiale.

ИСПЫТАНИЕ ДЕЙСТВИЯ СЫВОРОТКИ МАНИАКОВ ПРИ МЕЛАНХОЛИИ И СЫВОРОТКИ МЕЛАНХОЛИКОВ ПРИ МАНИИ

(КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ)

Автор считает, что для некоторых случаев мании и меланхолии можно предположить гуморальный патогенез противоположного направления. Вместе с тем подчеркивается необходимость биологического исследования больных.

Описывается случай меланхолии, при котором введение сыворотки маниаков дало четко выраженный эффект.

Обратный опыт дал неясные результаты.

Настоящее исследование не позволяет придти к окончательным выводам, однако автор обращает внимание на связь функций головного мозга с остальными органами, в особенности с кровью и интерстициальной лимфой.

ESSAIS SUR L'ACTION DU SÉRUM DES MANIAQUES DANS LA MÉLANCOLIE ET DU SÉRUM DES MÉLANCOLIQUES DANS LA MANIE

(RÉSUMÉ)

L'auteur considère que pour certains cas de manie et de mélancolie on peut concevoir une pathogénie humorale de sens opposé. Il insiste, en même temps, sur la nécessité de l'étude biologique des malades.

On présente un cas de mélancolie chez lequel l'injection de sérum de maniaque a eu un effet très net.

L'expérience inverse a eu un résultat imprécis.

Ce travail ne permet pas de tirer des conclusions définitives, mais attire l'attention sur les connexions entre les fonctions du cerveau et celles des autres organes, surtout du sang et de la lymphe interstitielle.

BIBLIOGRAFIE

1. Kraepelin, *Psychiatrie*, vol. II. 1904.
2. Tanzi, *Tratatto di malattie mentali.*
3. C.I. Parhon et S. Marbe, *Contribution á l'étude des troubles mentaux dans la maladie de Basedow*, L'encéphale, 1906, nr. 5.

4. C.I. Parhon, *Un cas de mélancolie avec hypertrophie thyroïdienne succédant à la ménopause,* Rev. neurol., nr. 14, 1906.
5. C.I. Parhon, *Cercetări asupra glandelor cu secreție internă în raportul lor cu patologia mintală,* 1910, p. 452.
6. Ballet, *Traité de maladies mentales.*
7. Sainton, *Goitre exophtalmique,* in Brouardel-Gilbert, *Traité de médecine,* voi. X.
8. C.I. Parhon, *Recherches pondérales sur la glande thyroïde chez les aliénés,* XXII[e] Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France, apr. 1912.
9. Stransky, *Der Manisch—Depressive Irrsin.*
10. Dide, *Le sang chez les aliénés,* Congrès des médecins aliénistes et neurologistes, Lille, aug. 1906.
11. C.I. Parhon et G. Dan, *Note sur la formule leucocytaire chez les aliénés,* C.R. du Congrès des aliénistes et neurologistes de France, Amiens, 1911.
12. C. I. Parhon et C. Urechia, *Note sur la formule leucocytaire dans la manie et la mélancolie,* XX[e] Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France, Bruxelles—Liège, aug. 1910.

V. ÎNCERCĂRI DE GRAFOLOGIE ŞTIINŢIFICĂ

ÎNCERCĂRI DE GRAFOLOGIE ŞTIINŢIFICĂ

— SCRIEREA CELOR DOUĂ SEXE* —

Într-o notă prezentată Societăţii medicilor şi naturaliştilor din Iaşi, ocupîndu-ne de caracterele obiective ale scrierii, am putut distinge una înaltă, o alta lineară, şi în sfîrşit o scriere mare.

Din punctul de vedere al apropierii literelor între ele, pot deosebi o scriere densă şi una rară. Aceasta din urmă poate rezulta din faptul că trăsăturile care unesc literele sînt lungi sau pentru că acestea din urmă sînt mai mult sau mai puţin separate între ele. Din punctul de vedere al grosimii absolute a literelor, am observat grade variabile. La fel în ceea ce priveşte grosimea relativă a diferitelor porţiuni ale aceleiaşi litere. Din acest punct de vedere trebuie să deosebim scrieri foarte diferenţiate ca şi altele pe care le-am putea numi omogene. Între acestea două există, bineînţeles, o mulţime de forme intermediare.

În sfîrşit, în raport cu înclinarea, ea poate fi mai mult sau mai puţin marcată, de la dreapta spre stînga, şi mai rar de la stînga spre dreapta. De asemenea există scrieri drepte. Spaţiul dintre litere, cuvinte, linii, ca şi cel lăsat din margine sînt variabile. Cu aceeaşi ocazie am descris mai multe variante ale formei diferitelor litere.

În comunicarea prezentă ne vom ocupa de diferenţele care pot fi observate între scrierea masculină şi cea feminină. Deseori, ajunge o singură privire pentru a putea spune dacă scrierea pe care o avem în faţa noastră aparţine unui bărbat sau unei femei.

În ce constau deci aceste diferenţe?

O observare atentă arată adesea în scrierea feminină o deosebire mai mică în grosimea diferitelor părţi ale aceleiaşi litere decît în cea masculină. Părţile mai îngroşate, care rezultă dintr-o mai mare apăsare

---

* Publicată în „Bulletins et mémoires de la Société de neurologie, psychiatrie et psychologie de Jassy", iun. 1919, nr. 1.

a peniței sînt reduse în scrierea feminină. Aceasta din urmă este mai omogenă, cea masculină mai diferențiată.

Cîteva cifre vor arăta mai b ne această particularitate. Din 120 feluri de scriere masculină și tot atîtea exemplare de scriere feminine am găsit grosimea relativă foarte diferențiată : în 37 de cazuri la bărbați și în 33 la femei ; diferențiată mijlociu : de 58 de ori la bărbat și de 38 de ori la femeie ; slab diferențiată : de 25 de ori la bărbat și 47 de ori la femeie ; în două cazuri varia de la o literă la alta (la femeie).

Cifrele arată cît de des întîlnim forma omogenă la femeie. Ele ne mai indică, de altfel, că nici scrierea foarte diferențiată nu este excepțională la acestea din urmă.

Din alte puncte de vedere, deosebirile sînt mai puțin mari. Astfel că din 70 de cazuri bărbați și 70 de cazuri femei se găsesc : înălțime mică de 16 ori la bărbat și de 15 ori la femeie ; mijlocie de 49 de ori la primii și 47 de ori la cele din urmă ; mare de 5 ori la scrierea masculină și de 8 ori la cea feminină. Într-un caz (femeie), scrierea putea fi calificată drept mare. Grosimea absolută (pe 70 de cazuri) era pentru bărbați mică de 12 ori, mijlocie de 42 de ori și mare de 16 ori, pentru femei cifrele erau respectiv 15, 43, 12.

În același număr de cazuri se găsesc cifrele următoare în ceea ce privește înclinația literelor : mare 19 bărbați, 20 de femei ; mijlocie 37 de bărbați, 35 de femei ; mică 6 bărbați, 6 femei ; dreaptă 8 bărbați, 8 femei. Înclinații de la stînga spre dreapta 0 bărbați, 3 femei. În sfîrșit, scriere deasă 5 bărbați și 11 femei ; rară 29 de bărbați, 29 de femei ; mijlocie 36 de bărbați, 29 de femei. În două cazuri, la femeie scrierea avea literele separate. În ceea ce privește forma caracterelor, unii factori revin mai frecvent în scrierea feminină decît în cea masculină. De exemplu, în litera *d* partea sa superioară trece deseori la stînga piciorului literei (13 din 28 de femei, 8 din 29 de bărbați).

O particularitate frecventă la femeie este aceea că linia care continuă partea de sus a literei *g* taie mai jos piciorul literei. Astfel am găsit acest fapt în 19 din 38 de cazuri de scriere feminină și abia în 6 din 38 de cazuri de scriere masculină. Același lucru se întîmplă și cu litera *j*.

O altă caracteristică frecventă la femei este tendința de a dedubla — ca să spunem așa — extremitatea superioară a lui *t*, care începe printr-o linie aproape tot atît de lungă ca și piciorul literei și care se rotunjește în sus pentru a se continua cu acesta din urmă. În 5 din 22 de cazuri de scriere feminină se găsește această formă de *t* care nu se regăsește decît o singură dată în mod caracteristic și încă o dată într-un fel mai puțin marcat în scrierea masculină. Litera *h* poate avea aceeași particularitate chiar dacă *t* nu este făcut în acest fel. În sfîrșit, se poate observa aceeași particularitate pentru *d*, al cărui picior se depărtează în acest caz de ovalul literei.

În rezumat, putem spune că scrisul feminin în general este mai omogen decît cel masculin, dar pe de altă parte, la primul se pot observa mișcări suplimentare care-l fac să cîșt'ge într-un anumit fel în amplitudine și să piardă în intensitate. Acest ultim fapt nu se observă la toate

literele. De exemplu, ceea ce am spus pentru *g* şi *j*, nu se aplică aici. Cum să interpretăm atunci faptele pe care le-am expus?

Un lucru bine cunoscut este că forţa musculară măsurată cu dinamometrul este, în general, mai mică la femeie. Aceasta ar putea explica caracterul mai omogen al scrierii sale, caracter care rezultă în parte din faptul că peniţa este sprijinită pe hîrtie cu o forţă mai mică, şi în parte din descărcarea de energie nervoasă mai uniformă care produce contracţiile musculare. Celelalte particularităţi sînt mai greu de explicat. Forma mai caligrafică a lui *d*, ar putea fi privită ca manifestarea unei mai mari nevoi de exactitate, de conştiinciozitate sau mai curînd ca o eliberare mai mică de la modelul învăţat? Nu ştiu. Dedublarea (împărţirea în două) a lui *t*, *h*, *d* etc. se explică poate, printr-o libertate mai mare de mişcări, rezultînd din ceea ce ar părea tocmai o mai mică intensitate a contracţiilor musculare, care permit, la rîndul lor, o revenire mai rapidă şi în acest fel, dau posibilitatea unor noi combinaţii de contracţii.

Nu vreau să insistăm mai mult şi nici nu avem pretenţia de a fi epuizat această problemă. Întocmirea acestor note fiind făcută în timpul războiului, nu am avut la dispoziţie bibliografia necesară problemei de faţă, de altfel, puţin numeroasă. Aceasta nu a putut în nici un caz să dăuneze obiectivităţii observaţiilor noastre. Cu altă ocazie vom reveni poate asupra acestui subiect comparînd rezultatele noastre cu cele ale altor autori.

ОПЫТ НАУЧНОЙ ГРАФОЛОГИИ

ОСОБЕННОСТИ ПОЧЕРКА В СВЯЗИ С ПОЛОМ

(КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ)

Сравнительное изучение почерка обоих полов показывает, что мужской почерк более дифференцирован, а женский более однороден в смысле различий между толщиной разных частей букв.

Другая особенность, часто встречаемая в женском почерке, заключается в склонности разогнуть верхнюю часть некоторых длинных букв, например таких, как t, h.

Некоторые буквы нередко получают своеобразное начертание в женском почерке. Например, линия, образующая брюшко буквы g, пересекает низко главную черту буквы. Верхняя часть буквы P пишется справа налево, в то время как у мужчин наблюдается обратное явление.

Более выраженная однородность почерка обусловлена меньшей физической силой женщины. Перо упирается в бумагу с меньшей силой, а разряд нервной энергии более однороден. Остальные особенности женского почерка труднее поддаются объяснению.

ÉSSAIS DE GRAPHOLOGIE SCIENTIFIQUE

L'ÉCRITURE CHEZ LES DEUX SEXES

(RÉSUMÉ)

L'étude comparée de l'écriture chez les deux sexes démontre que l'écriture masculine est plus différenciée, tandis que celle des femmes est plus homogène en ce qui concerne les dissemblances de l'épaisseur des différentes parties des lettres.

Un autre caractère qui revient souvent dans l'écriture féminine est une tendance à recourber l'extrémité supérieure de certaines lettres longues, comme t ou h, par exemple.

Dans les écritures féminines, certaines lettres sont souvent écrites d'une manière spéciale. Par exemple, la ligne qui forme la partie basse du g coupe le trait principal de la lettre à sa partie supérieure. La partie supérieure du P est exécutée de droite à gauche, tandis que chez l'homme on observe la tendance contraire.

L'écriture plus homogène résulterait du fait que la force de la femme est moindre. La plume est appliquée sur le papier avec moins de force et la décharge d'énergie nerveuse est plus uniforme. Les autres particularités de l'écriture féminine sont plus difficiles à expliquer.

ÎNCERCĂRI DE GRAFOLOGIE ȘTIINȚIFICĂ

— SCRIEREA MATEMATICIENILOR* —

Dacă se examinează diferite scrieri din punctul de vedere al legăturii literelor între ele, se constată că există scrieri unde toate sau aproape toate literele unui cuvînt sînt separate, pe cînd în altele ele sînt legate. Se pot chiar observa scrieri unde ultima literă a unui cuvînt este unită cu prima din cel următor.

Michon și după el Crépieux-Janin, Freyer, Joire consideră că scrierile cu litere separate aparțin spiritelor intuitive iar acelea ale căror caractere sînt legate, spiritelor deductive.

Cum în studiul scrisului s-au admis însă adesea concluzii prea puțin întemeiate, și deoarece trebuie să fim foarte prudenți în interpretarea psihologică, ni s-a părut că problema despre care vorbim merită noi cercetări.

Cele mai caracteristice spirite deductive trebuie căutate printre matematicieni. Este important deci să cunoaștem caracteristicile scrisului lor.

Grație bunăvoinței extreme a unuia dintre prietenii mei, profesor la secția de matematici a Facultății de științe, am putut examina 33 de scrieri aparținînd celor mai renumiți matematicieni din diferite țări. Studiul acestora constituie obiectul notei prezente.

În cele ce urmează, redăm pe scurt principalele lor caractere grafologice.

1) Hadamard, membru al Institutului Franței.

Scriere fină, puțin în relief, pe alocuri; distanța dintre linii, mare; cea care separă cuvintele, mijlocie. Găsim literele, în general puternice, legate între ele. Sînt mult mai puține întreruperi decît silabe.

Anumite cuvinte sînt unite, de exemplu: „de la" este scris într-un singur cuvînt, la fel „de voie" și „de même".

Barele literei *t* sînt fine ascendente, pe alocuri curbe cu concavitatea privind în jos, cîteodată puțin coborîte.

---

* Publicat în „Bulletin de l'Association des psychiatres roumains", 1923, nr. 3—4.

Ele sînt așezate în cele mai multe cazuri, numai în partea dreaptă a piciorului literei pe care se inserează. Anumite cuvinte se continuă cu o trăsătură prelungită. Accentele sînt de asemenea fine. Prin puținul relief al literelor, prin omogenitatea și finețea lor, scrierea reamintește pe aceea feminină. Literele sînt simple, unele ca *S* și *H* sînt asemănătoare caracterelor de tipar.

2) Armand Lambert, astronom la Observatorul din Paris. Scriere mai curînd mică, cu caractere ronde și fine, puțin reliefate. Linii destul de distanțate, cuvintele reamintésc, cîteodată, scrierea în ghirlandă. Legătura dintre litere, de grad mijlociu. În anumite cuvinte, există mai multe întreruperi decît silabe, într-altele tot atîtea sau chiar mai puține. Barele de la *t*, fine și cîteodată, ca și în scrierea precedentă, legate de prima literă a cuvîntului ce urmează. Înclinarea moderată, liniile sînt adesea puțin ascendente. Și această scriere seamănă prin omogenitatea sa cu cea feminină. Forma anumitor litere *A*, *P* reamintește caracterele de tipar.

3) Carlo Bourlet, profesor la Școala politehnică. Scriere de înălțime mijlocie cu trăsături puternice, bine reliefate, inegale ca intensitate; distanță între cuvinte și silabe, înclinare a literelor și a direcției liniilor.

Trăsăturile sînt adesea înclinate de la stînga spre dreapta. Barele de la *t* puternice, sînt adesea înclinate de la stînga spre dreapta, și cîteodată așezate deasupra piciorului literei. Anumite majuscule, *B*, *R*, *A*, se aseamănă cu caracterele tipografice.

În ceea ce privește legătura literelor, se găsește un număr de întreruperi aproape egal (sau mai curînd mai mic) față de acel al silabelor.

4) C. A. Laisant, profesor la Școala politehnică. Scriere mică tremurată, „gladiolată'', adică avînd tendință de diminuare a înălțimii spre sfîrșitul cuvîntului. Înclinarea de grad mai mijlociu. Distanța între cuvinte și linii mai mult mică, dar proporțională cu înălțimea redusă a literelor. Relieful acestora potrivit. Anumite majuscule (*A*, *M*, *P*, *J*, *R*, *U*, *I*, *V*), cu caracter tipografic. Barele de la *t*, cu direcția variabilă, ascendente, orizontale, descendente, curbe și la înălțimi tot atît de variabile. Ele sînt așezate uneori la dreapta prin raport cu piciorul literei. Întreruperi puțin mai frecvente decît numărul silabelor.

5) Adhémar, profesor universitar, Lille. Trăsături în general mari, „gladiolate'' puternic înclinate, ascendente, unghiulare. Literele prelungite și apropiate. Spațiul între linii mai curînd mic, anumite majuscule (*A*, *B*, *M*, *R*, *T*), cu caracter tipografic; numărul de întreruperi, egal cu acel al silabelor.

Adresa, strada, locul destinației (orașul și țara) scrise cu litere aproape complet separate.

6) E. Picard membru al Institutului Franței. Scrierea de înălțime mijlocie, mai curînd rotundă, litere inegale ca înălțime și distanță, puțin înclinate, spațiul între linii moderat și aproape egal. Anumite litere cu caractere tipografice. Numărul întreruperilor cu puțin mai redus decît acel al silabelor. Barele literei *t* adesea la dreapta piciorului literei.

7) M. G a l b r u n, secretarul Societății de matematici din Paris. Scriere mai curînd mică, dar foarte reliefată, cu linii ușor ascendente. Marginile scrisorii sînt largi, spațiul între linii potrivit.

Înclinarea literelor, moderată. Trăsătura cu care termină litera este în general foarte groasă. S-ar putea spune în linii mari, că există tot atîtea întreruperi în cuvinte cîte silabe sînt, dar aceasta nu se întîmplă întotdeauna; cîteodată sînt mai multe, alteori mai puține.

În ceea ce privește forma literelor, trebuie reținute anumite particularități, de exemplu: *t*-ul este scris ca majusculă sau piciorul literei se continuă cu bara; aceasta din urmă însă nu-l taie ci este așezată sus. Cîteodată, piciorul lipsește sau este foarte redus. Anumite caractere sînt simplificate sau dispar aproape complet. Buclele literelor *p* și *g* sînt scurte și curba lor nu se continuă în mod ascendent, pentru a tăia sus piciorul literei ci, în partea ei superioară, merge brusc spre stînga, coborînd și îngroșîndu-se puternic, pentru a veni să se însere pe piciorul literei pe care în general nu-l taie.

8) R. B r i c a r d, profesor la școala politehnică din Paris. Scriere mică cu linii lungi și marginile puțin pronunțate. Relieful literelor este mijlociu. Acestea sînt legate în așa fel încît găsim mai puține întreruperi decît silabe într-un cuvînt. Unele cuvinte sînt scrise cu caractere tipografice. Numele adresantului este în întregime în acest fel.

9) P. A p p e l l, membru al Institutului Franței. Scriere puțin reliefată, cu litere de înălțime potrivită. Înclinare destul de pronunțată deși puțin variabilă. Întreruperi mai rare decît numărul silabelor. Forma anumitor litere (*R*, *M*), este aceea a caracterelor de tipar. Unele litere sînt abia distincte. Barele de la *t*, în fine, cu lungime variabilă, cîteodată descendente.

10) H. V i l l a t, profesor la Universitatea din Strasbourg. Scriere foarte mică, cu caractere în general legate, mai puține întreruperi decît silabe, într-un cuvînt și acestea de-abia schițate.

Relieful literelor este proporționat cu înălțimea lor redusă. Marginea stîngă (a cărții poștale) este destul de mare, cea dreaptă, puțin marcată, spațiul între linii, mijlociu. Unele majuscule: *A*, *M*, reamintesc minusculele, altele *S*, *F*, avînd aspectul caracterelor de tipar.

11) M a u r i c e J a n e t, conferențiar la Facultatea de științe din Grenoble.

Scriere mică, pe alocuri liniară, nelizibilă. Întreruperi aproape egale cu numărul silabelor din cuvînt, alteori mai puțin frecvente decît acestea din urmă. Înclinare mijlocie, relief destul de însemnat. Barele literei *t* cu direcție ascendentă. Unele majuscule (*V*, *M*) reamintesc caracterele de tipar.

12) A. D e m o u l i n, profesor la Universitatea din Gand. Scriere mică, bine reliefată, cu înclinare potrivită, întreruperi mai rare decît numărul silabelor. Cîteodată, găsim două cuvinte legate între ele (de exemplu: „je dois" — „je" este unit cu *d*-ul, următor), dar este discutabil dacă legătura este reală sau aparentă, altfel spus, dacă *e* și *d* au fost scrise în continuare sau trăsăturile au venit numai în contact. Barele *t*-ului, sînt groase. În anumite litere (*p*, *g*, *j*), trăsăturile care coboară sînt

în general mijlocii sau scurte, cîteodată, foarte scurte sau aproape absente. De exemplu, în litera *G* de la cuvîntul Gand. Această trăsătură este simplă nu formează o buclă şi într-un loc ea este de-abia schiţată. Literele finale sînt de multe ori mici. Scriere gladiolată.

13) R. Marcalongo, profesor la Universitatea din Neapole. Trăsături drepte uneori uşor înclinate de la stînga spre dreapta. Marginile cărţii poştale foarte reduse. Spaţiul între linii mare. Întreruperile sînt mai puţin numeroase decît silabele. Relieful literelor reaminteşte pe acel al rondelor. Barele de la *t* sînt ascendente.

14) G. Castelnuovo, profesor la Universitatea din Roma. Scriere foarte lizibilă, cu tot atîtea întreruperi cîte silabe sînt, sau poate chiar ceva mai mult.

Relieful literelor puţin marcat. Înclinarea de grad mijlociu. Tendinţă netă la scriere unghiulară. Barele de la *t*, puţin ascendente şi terminate cu o uşoară cange care priveşte în sus sau în jos. *M* este făcut ca un *m*. Anumite litere, *f* de exemplu, reamintesc caracterele tipografice.

15) F. Levi Civita, profesor la Universitatea din Roma. Scriere dreaptă, potrivit de reliefată, cu litere uneori rotunjite, cîteodată unghiulare (nu am avut decît 5 cuvinte pentru examenul nostru).

16) Salvatore Pincherle, profesor la Universitatea din Bolonia.

Cele două cuvinte scrise pe o carte de vizită pe care am examinat-o conţin litere mici, destul de puternic înclinate, puţin murdare; buclele de la *e* şi *f* pline, întreruperile nu sînt frecvente.

17) G. Texeira, profesor la Universitatea din Paris. Scriere foarte neregulată, cu litere de dimensiuni şi înclinare variabile. Anumite litere sînt abia indicate, ca avortate sau aproape liniare, de exemplu un *m* este reprezentat printr-o trăsătură prea puţin ondulată.

Întreruperile mai frecvente decît numărul silabelor. Literele *a*, *o* şi *d* cu ovalul foarte deschis.

Buclele *t*-ului, fie orizontale, fie recurbate jos la extremitatea lor dreaptă, sau, în sfîrşit, formate printr-o curbă care taie linia verticală. Litera *I* nu are buclă, în schimb începe printr-o trăsătură prelungită care se continuă la extremitatea sa superioară, recurbată cu piciorul literei. Punctul literei *i* se prelungeşte cîteodată cu litera următoare.

18) I. Matthemos, profesor la Universitatea din Cambridge. Scriere lizibilă, uşor ascendentă cu litere de mărime potrivită, puţin largi. Relieful literelor mai curînd şters. Foarte puţine întreruperi în corpul cuvintelor.

Anumite majuscule (*M*, *A*), sînt scrise ca minusculele.

19) S.G. Eisenhart, profesor la Universitatea Princeton (New Jersey America).

Scriere uşor lizibilă cu întreruperi rare.

Se remarcă din contră o tendinţă netă de a lega cuvintele între ele, mai ales prin mijlocirea barei *t*-urilor, sau a trăsăturii din vîrful literei *f* (al cuvîntului *of*). Într-o scrisoare de 15 linii, se găsesc de 3 ori cîte 3 cuvinte legate consecutiv unul de altul şi de 7 ori cîte două.

Înclinarea literelor este moderată, relieful lor potrivit, marginea dreaptă a scrisorii de lărgime mijlocie, stînga puțin marcată sau chiar absentă pe alocuri. Spațiul între linii potrivit (fig. 1).

Fig. 1

20) N. Hatzidakis, profesor la Universitatea din Atena. Scriere mică, ușor înclinată, cu întreruperi reduse la număr. Tendința de a scrie anumite litere (*I*, *P*, *M*, *R*, *I*) cu caractere de tipar.

21) Edmon Landau, profesor la Universitatea din Göttingen. Cele trei cuvinte (pe o carte de vizită) pe care le-am examinat arată o scriere mare, bine reliefată și fără întreruperi.

22) G. V. Escherich, profesor la Universitatea din Viena. Scriere mare și ascendentă cu relieful variabil. Anumite litere sau părți din litere erau omogene, reamintind scrierea feminină. Mai puține întreruperi decît numărul silabelor.

23) D. Hilbert, profesor la Universitatea din Göttingen. Scriere mai curînd mică cu litere în parte rotunjite, în parte unghiulare. Înclinare de grad mijlociu.

Întreruperi ceva mai puțin frecvente decît numărul silabelor.

24) A. Kneser, profesor la Universitatea din Breslau.

Scriere de înălțime potrivită, cu înclinare variabilă, chiar în același cuvînt. Relief accentuat. Margine puțin pronunțată și spațiile între linii mai curînd reduse.

Mai puține întreruperi decît numărul silabelor.

Accentele, punctele pe *i*, sînt cîteodată în continuitate cu litera următoare. Barele de la *t* sînt groase și ascuțite (vîrful în partea dreaptă) sau sînt formate dintr-o trăsătură de condei care continuă linia verticală urcînd în sus și spre stînga pentru a reveni apoi pe partea dreaptă și a coborî tăind piciorul literei.

25) L. Syliw, profesor la Universitatea din Cristiania (octogenar).

Scriere regulată, ușor lizibilă, cu înclinare medie, marginile destul de largi ; același lucru se poate spune și despre spațiile care separă liniile.

Este o scriere de relief mijlociu cu foarte puține întreruperi. De două ori în zece linii se remarcă punctul de pe *i*, în continuare cu litera următoare. Vîrfurile *i*-urilor se continuă cu litera următoare. Unghiul primelor două linii ale *M*-ului este uneori mai sus așezat, alteori aproape egal cu cele două linii următoare.

26) A. Myller, profesor la Universitatea din Iași. Scriere mai curînd mică, înclinare de grad mijlociu, destul de bine reliefată. Întreruperi mai puțin frecvente decît numărul silabelor.

Tendință de a scrie unele majuscule (*A*, *B*, *D*, *W*, *S*, *R*, *P*, *T*) cu caractere asemănătoare celor de tipar. Dedublarea piciorului anumitor *P*-uri. În alte locuri, partea superioară a acestei majuscule este abia schițată.

Barele *t*-urilor, sînt cîteodată foarte lungi și așezate sus, alteori sînt, din contra, foarte scurte.

27) Vera Myller, profesor la Universitatea din Iași. Scriere (cu creionul) regulată, ușor lizibilă, mai curînd mare, cu întreruperi mai rare decît numărul silabelor.

Literele *M*, și *N*, sînt scrise ca *W*, și *U*.

Partea recurbată a *P*-ului este puțin pronunțată și în cele mai multe cazuri reprezentată printr-o linie oblică, înserată pe piciorul literei.

Anumite caractere sînt rotunjite: altele au o formă unghiulară.

Tendința de a apropia trăsăturile ascendente și descendente ale anumitor litere, ca *O*, *V* etc.

28) D. Emanuel, profesor la Universitatea din București. Scriere de înălțime potrivită, mai curînd mică, cu margini nete dar cu spațiile între linii puțin pronunțate (scriere aproape dreaptă).

Întreruperi mai rare decît numărul silabelor.

Tendința de a scrie majusculele (*M*, *N*, *V*, *I*, *S*) asemănătoare celor de tipar.

29) D. Pompeiu, profesor universitar.

Scriere dreaptă sau foarte ușor înclinată de la stînga spre dreapta, foarte lizibilă, bine reliefată pe înălțime potrivită. Linii drepte regulate, întreruperi mai puțin frecvente decît numărul silabelor.

Anumite litere (*D*, *P*, *N*), reamintesc caracterele de tipar. Barele *t*-urilor, orizontale sau ușor descendente și subțiate la extremitatea lor.

30) I. Sanielevici, profesor la Universitatea din Iași.

Scriere regulată, rotunjită, de înălțime potrivită, mai curînd mică, marginile și spațiile între linii puțin marcate.

Întreruperi mai rare decît numărul silabelor, dar se găsesc și cuvinte care fac excepție.

Anumite litere (*p*, *t*), cu picior dedublat. Barele *t*-urilor, cu formă variabilă. De asemenea, ea taie piciorul literei la înălțimi diferite.

31) G. Țițeica, profesor la Universitatea din București.

Scriere foarte lizibilă, cu întreruperi mai frecvente decît numărul silabelor.

Pe alocuri, litere prescurtate care se continuă între ele aproape printr-o singură trăsătură de condei. Tendință pronunțată de a scrie majusculele (*D*, *A*, *M*, *B*, *P*, *R*), ca de tipar.

32) Stoilov, profesor universitar, București.

Scriere mică. Pe partea dreaptă, margine moderată; pe cea stîngă ea este puțin pronunțată. Spațiile între linii sînt de înălțime potrivită. Întreruperi mai puțin frecvente decît numărul silabelor.

Scrisul are o înclinare puțin marcată. Bara *t*-ului în general deasupra piciorului literei.

Accentele de pe litera *ă*, sînt mai de grabă linii drepte. Anumite majuscule reamintesc caracterele tipografice (*B*, *T*, *M*) altele, minusculele corespunzătoare.

33) V î l c o v i c i, profesor universitar, București.

Scriere lizibilă bine reliefată cu marginile și spațiile liniilor largi.

Scrisul drept cu ușoară înclinare de la dreapta spre stînga.

Întreruperi mai puțin frecvente decît numărul silabelor. Tendința pronunțată de a scrie majuscule (*A*, *D*, *M*, *I*, *T*) asemănătoare cu caracterele de tipar.

Litere de înălțime potrivită.

Studiul celor 33 de cazuri precedente arată, în general, un număr de întreruperi mai mic decît acel al silabelor (24 de cazuri), proporția de scrieri cu întreruperi frecvente fiind foarte redusă (3 cazuri).

În 6 cazuri, întreruperile sînt aproape tot atît de frecvente ca și silabele.

Această constatare pare să indice un raport între spiritul deductiv și scrierea legată.

În tot cazul este necesar să mai urmărim cercetările.

Trebuie adăugat însă că spiritul intuitiv nu pare de loc excepțional la matematicieni după cum arată P o i n c a r é în cartea sa *Știință și metodă*.

Un alt caracter care se regăsește cu oarecare frecvență în scrierea matematicienilor este dimensiunea mai de grabă redusă a literelor, deși se poate constata (mai rar) și contrariul.

În sfîrșit, ca și în scrierea intelectualilor în general, se observă frecvența majusculelor reamintind caracterele celor de tipar.

ОПЫТ НАУЧНОЙ ГРАФОЛОГИИ

ПОЧЕРК МАТЕМАТИКОВ

(КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ)

В графологии допускается вообще, что частые промежутки между буквами в словах указывают на интуитивный характер, подобно тому как связанные между собой буквы, без промежутков, очевидно, указывают на дедуктивный характер.

Математики, повидимому, отличаются наиболее ярко выраженной дедуктивной деятельностью среди всех работников интеллектуального труда.

Благодаря содействию профессора Миллера, автор получил возможность исследовать почерк 33 знаменитых математиков. У 24 из них число промежутков было меньше количества слогов. Только у трех ма-

тематиков промежутки встречались часто. В 6 случаях число промежутков было приблизительно равным числу слогов.

Эти факты как будто подтверждают вышеуказанное общепризнанное мнение. Однако исследования в этом направлении не следует прекращать. К тому же, как отмечает Пуанкаре, интуитивная деятельность не является исключением у математиков.

В большинстве случаев у математиков отмечается мелкий почерк. Так же, как и у других интеллектуальных работников, у них часто встречаются прописные буквы, напоминающие печатные.

ÉSSAIS DE GRAPHOLOGIE SCIENTIFIQUE

L'ÉCRITURE DES MATHÉMATICIENS

(RÉSUMÉ)

On admet généralement en graphologie, que les fréquentes interruptions au cours des mots indiquent un caractère intuitif, tandis que les lettres liées, sans interruptions, indiqueraient un caractère déductif.

Les mathématiciens paraissent être les intellectuels dont l'activité est la plus déductive.

Grâce au concours prêté par le Professeur Myller, l'auteur a pu étudier l'écriture de 33 mathématiciens célèbres. Il a trouvé que chez 24 mathématiciens le nombre des interruptions est plus réduit que celui des syllabes. Chez 3 seulement, les interruptions étaient fréquentes. Dans 6 cas, le nombre des interruptions a été environ le même que celui des syllabes.

Cette constatation semble confirmer l'opinion citée et généralement admise. Mais les recherches devront être continuées. D'ailleurs, d'après Poincaré, l'activité intuitive ne paraît pas exceptionnelle chez les mathématiciens.

Dans la plupart des cas, l'écriture des mathématiciens est relativement petite. Comme chez tous les intellectuels, on rencontre un grand nombre de majuscules rappelant les caractères d'imprimerie.

ÎNCERCĂRI DE GRAFOLOGIE ȘTIINȚIFICĂ

— SCRIEREA LUI PASTEUR* —

În decursul acestui an și în special în luna aceasta, umanitatea întreagă sărbătorește centenarul aceluia care a fost un mare binefăcător al ei, Louis Pasteur.

Nu vă voi reaminti întinderea operei sale, nici foloasele care au rezultat și care decurg din aceasta, în fiecare zi, pentru noi toți. Cîțiva colegi au făcut-o deja la unele dintre societățile noastre științifice.

Celor care doresc informații mai ample asupra vieții lui Pasteur le recomand volumul consacrat de Valery Radot, acestui subiect atît de interesant.

Dar, ca un foarte modest omagiu adus memoriei lui Pasteur, îmi voi permite a consacra comunicarea prezentă studiului scrierii sale.

Scrierea prezintă într-adevăr un grafic al personalității fiziologice și psihologice. Studiul său ni se pare o problemă importantă de urmărit la oamenii ce depășesc cu mult mediocritatea. Am putut face acest studiu pe reproducerea celor 4 pagini scrise de Pasteur, din nr. 39, vol. LXXXVII 1922 ale dărilor de seamă ale Societății de biologie din Paris.

Este vorba de o scriere dreaptă și (dacă n-a fost redusă cînd s-au preparat clișeele) mai mult mică.

Spațiile dintre linii sînt în general drepte, dar le putem vedea și descendente.

Densitatea literelor din cuvinte este de asemenea de grad mijlociu, forma lor reamintește caracterele zise ronde.

Scrierea este după cum am spus-o dreaptă, totuși se găsește adesea o ușoară înclinare de la stînga la dreapta.

Legăturile între litere în același cuvînt sînt pe alocuri mai puțin numeroase decît numărul silabelor.

Alteori se întîmplă contrariul.

---

* Publicat în „Bulletin de l'association des psychiatres roumains“, 1923, nr. 1.

Găsim destul de frecvent două sau chiar trei cuvinte legate de exemplu în prima linie a celei de a treia pagină (pagina 1312 ale dărilor de seamă ale Societății de biologie) cuvintele „la théorie de” sînt legate între ele; primele cinci litere ale celor două cuvinte, par scrise într-o singură trăsătură, apoi a doua trăsătură începe cu accentul de pe *é* și se continuă cu cele patru litere care urmează, în sfîrșit ultimul *e* de la „théorie“ se continuă printr-o singură trăsătură de condei cu cele două litere ale cuvîntului *de*. Legătura accentelor cu litera care urmează se observă foarte frecvent în scrierea lui P a s t e u r.

Cît despre forma diferitelor caractere se găsesc mai multe particularități de semnalat.

De exemplu, litera *B* din linia a șaptea, p. 1310, prezintă bucla superioară destul de mică, cea inferioară fiind mult mai voluminoasă și mai accentuat proiectată spre partea dreaptă.

Litera *D*, este asemănătoare caracterelor romane.

La *P*, piciorul literei se rotunjește în partea sa inferioară spre dreapta, pentru a se urca din nou formînd o buclă care se continuă la sfîrșit cu partea superioară a literei.

Dar se remarcă de asemenea și alte forme, de exemplu de tipul *P*-ului roman.

Litera *L* începe cu o porțiune rotunjită care se continuă cu piciorul literei, acesta din urmă prezentînd o puternică convexitate.

S reamintește caracterele romane.

Cele două porțiuni ale literei *E* sînt simple și se continuă între ele printr-o trăsătură ondulată; bucla superioară este mai mare decît cea inferioară.

Printre minuscule, *p* este foarte caracteristic. Piciorul se rotunjește la extremitatea sa inferioară, se continuă apoi urcîndu-se din nou, cu un al doilea picior care se rotunjește ușor la extremitatea lui superioară, dar fără a forma o buclă, el avînd o formă deosebită.

Litera *T* este formată adesea în modul următor: piciorul abia schițat se continuă cu o a doua trăsătură ascendentă urmată, la rîndul său, de o mică linie ușor descendentă spre dreapta.

Dar se găsesc și *t*-uri al căror picior este tăiat printr-o bară dreaptă.

Bucla literei *j* nu se închide complet și nu taie piciorul literei.

D-ul este trasat adesea (la începutul cuvintelor) ca *d*-ul german, dar extremitatea sa superioară coboară mult pe alocuri chiar sub linie fără ca să formeze o buclă superioară.

Aceste bucle se întîlnesc la *d*-urile așezate între literele din interiorul unui cuvînt.

O particularitate a scrierii lui P a s t e u r privește accentele ascuțite care sînt trasate ca accentele grave.

Virgulele sînt drepte sau foarte puțin rotunjite.

Concavitatea lor slab accentuată privind cîteodată spre dreapta.

Nu se remarcă nicăieri ceea ce s-a numit cîrligul egoismului.

Adăugăm că relieful scrierii este destul de net, că trăsăturile mici care separă anumite cuvinte sau chiar acele destinate să le suprime, în unele locuri sînt puternic accentuate.

În general, scrierea lui P a s t e u r dă o impresie optică agreabilă şi dacă am dori să o clasăm după obiceiul anumitor grafologi, s-ar putea spune, din acest punct de vedere, că face parte din scrierile armonioase. Relieful destul de accentuat al literelor arată energie.

Amplitudinea destul de mare a unor trăsături pare să fie în raport cu o anumită vivacitate motoare.

Rotunjimea literelor în general este în raport cu bunătatea sufletească a autorului.

Legăturile frecvente între cuvinte indică continuitatea gîndirii.

Scrierea, în general, nu arată nici o complicaţie inutilă, ci mai curînd simplificări (felul de a trasa *p* şi *j* etc.), caractere în raport cu spiritul măsurii şi inhibiţiei.

Acestea sînt incontestabil caractere psihice. Dar nu ştim dacă cel mai experimentat grafolog ar putea spune prin simplul examen al acestei scrieri, că ea aparţine unui mare geniu pe care l-a produs vreodată omenirea.

Totuşi, cum relaţiile scrisului cu individualitatea psiho-fiziologică sînt foarte strînse, este verosimil că o mai bună cunoaştere a acestor corelaţii ne-ar fi permis o interpretare mai completă. În starea actuală a cunoştinţelor noastre, ne vom mulţumi însă cu observaţiile şi constatările precedente.

ОПЫТ НАУЧНОЙ ГРАФОЛОГИИ

ПОЧЕРК ПАСТЕРА

(КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ)

Почерк прямой, иногда с наклоиом слева направо, буквы большей частью мелкие. Расстояние между строками в два раза больше высоты букв. Направление строк прямое, иногда восходящее. Густота букв в словах средняя. Связи между буквами в словах иногда менее многочисленны, чем слоги, в других же случаях отмечается обратное соотношение. Часто приходится наблюдать по два и даже по три связанных между собой слова. Так же часто отмечается связь диакритического знака одной буквы с последующей. Некоторые прописные буквы пишутся, как печатные.

Вообще почерк создает приятное, гармоническое впечатление.

ÉSSAIS DE GRAPHOLOGIE SCIENTIFIQUE

L'ÉCRITURE DE FASTEUR

(RÉSUMÉ)

Écriture droite, plutôt petite, penchée parfois de gauche à droite. L'écart entre les lignes est deux fois plus grand que la hauteur des lettres. La direction des lignes est droite, parfois ascendante. La densité des

lettres formant les mots est moyenne. Les liaisons entre les lettres des mots sont parfois moins nombreuses que le nombre des syllabes. D'autrefois, on observe le contraire. On observe assez souvent 2 et même 3 mots reliés entre eux. Bien des fois, on observe également la liaison entre l'accent d'une lettre et la lettre suivante. Certaines majuscules ont le caractère des lettres romaines.

En général, cette écriture fait une impression agréable, harmonieuse.

ÎNCERCĂRI DE GRAFOLOGIE ȘTIINȚIFICĂ

— SCRIEREA LUI EMINESCU* —

În nota de față îmi propun să studiez caracterele scrierii lui Mihail Eminescu, care este considerat cu drept cuvînt cel mai mare poet romîn.

Pentru acest studiu m-am servit de numeroasele autografe reproduse în albumul comemorativ al lui Octav Minar.

Nu știu dacă dimensiunile unora dintre aceste autografe nu au fost reduse pentru impr'mare, de aceea pentru moment nu vom ține seama de dimensiunile literelor sau cuvintelor.

Așa cum este reprodusă, scrierea este mai curînd mică.

Distanța între litere este mare, atingînd sau chiar depășind de trei ori înălțimea unei linii.

Direcția acestora din urmă este de cele mai multe ori dreaptă, pe alocuri curbă asecendentă sau descendentă.

Înclinarea literelor este dreaptă sau puțin oblică de la stînga la dreapta.

Cuvintele sînt ușor lizibile.

Literile sînt în general bine legate între ele, numărul întreruperilor fiind adesea mai mic decît acel al silabelor, deși se poate observa de multe ori contrariul.

Scrisul este bine reliefat, adică diferențele între trăsăturile subțiri și acelea groase sînt destul de accentuate.

Adesea caracterele iau o formă unghiulară. Distanța între literele din interiorul cuvintelor este mijlocie.

În ceea ce privește forma diferitelor litere, notăm următoarele particularități : litera *D* începe printr-o linie descendentă care se continuă la dreapta cu bucla literei, dar trăsătura care o închide pe aceasta din urmă nu taie și nu depășește spre stînga linia oblică, ci se recurbează, formînd un început de spirală, înainte de a o întîlni.

* Publicată în „Bulletin de l'Asociation des psychiatres roumains", 1924, nr. 1.

La *C*, se poate vedea extremitatea inferioară a literei continuîndu-se printr-o trăsătură aproape orizontală, în loc să fie rotunjită.

Litera *E* este formată din două etaje, dintre care superiorul este reprezentat printr-o buclă închisă.

Cele două vîrfuri, care unesc primele două şi ultimele două trăsături ale literei *M*, sînt aproape pe acelaşi plan sau cu diferenţe puţin marcate într-un sens sau într-altul.

Trăsătura care încunună piciorul literei *P* este largă, puţin rotunjită, începînd şi sfîrşind prin cîte o buclă.

Ea depăşeşte într-un mod aproape egal, la dreapta sau la stînga, piciorul literei, uneori întrece mai mult spre stînga.

Se pot face observaţii asemănătoare pentru literile *F* şi *T*.

Litera *S* reaminteşte pe aceea a scrierii ronde. Ea începe pe alocuri printr-o trăsătură ornamentală suplimentară.

Majuscula *V* prezintă cele două trăsături foarte apropiate, a doua continuîndu-se pe o lungime destul de mare spre dreapta deasupra minusculelor cuvîntului respectiv, şi în felul trăsăturilor denumite de grafologi „protective”.

Cît despre minuscule, să notăm că *d* este adesea trasat în felul celui german, extremitatea lui superioară terminîndu-se printr-un început de spirală; bucla inferioară a literei *f* taie piciorul şi revine printr-o a doua trăsătură spre dreapta.

Minusculele *m* şi *n* n-au picioarele convexe în partea superioară, deci nu reamintesc litera *u*, piciorul *p*-ului este adesea dedublat ca în scrierea feminină, deşi relieful literelor nu aminteşte pe aceasta din urmă.

Trebuie să adăugăm că unele litere se termină destul de des în mod brusc, printr-o trăsătură nerotunjită şi că din contră se găseşte de multe ori la sfîrşitul cuvintelor o literă prelungită, cu cîrligul egoismului lungă, care se termină printr-o linie groasă spre stînga.

Notăm de asemenea că barele de pe *t* sînt în general scurte şi fără mari variaţii de grosime şi că trăsăturile din partea superioară a literei *d* sînt foarte concave şi chiar în formă de cîrlig.

Punctele de pe *i* sînt aşezate la distanţe inegale.

Ce relaţii pot exista între aceste caractere ale scrierii şi personalitatea poetului (căci după părerea mea existenţa acestor raporturi este incontestabilă)?

Relieful destul de accentuat al scrierii pare să indice energie psihică şi fizică, şi este probabil într-un anumit raport cu viaţa sulfetească a poetului.

Unele variaţii în direcţia liniilor se interpretează întotdeauna în acest fel.

Este totuşi destul de curios de remarcat direcţia ascendentă a liniilor în anumite versuri care nu conţin nimic de veselie sau optimism.

Acest caracter se observă chiar în versurile pe care poetul le-a scris mamei sale.

Am indicat prezenţa într-un mod foarte caracteristic şi cu o mare frecvenţă în scrierea lui E m i n e s c u a ceea ce s-a numit „le crochet d'égoisme”.

Trebuie oare să tragem concluzia că poetul era un mare egoist?

Voi face toate rezervele asupra unei asemenea concluzii şi totodată extind aceste rezerve asupra valorii acestui semn în general, în sensul mai sus indicat.

Mi se pare că dovedeşte, mai curînd, o oarecare vivacitate motrice şi se pot observa într-o scriere asemănătoare şi cîrlige a căror direcţie este în sensul de abducţie, ceea ce după interpretarea citată ar indica o dispoziţie de spirit opusă egoismului.

Trebuie să reţinem în scrierea poetului şi prezenţa anumitor momente inutile pe care unii grafologi le interpretează ca drept indiciu al unui spirit puţin serios.

În cazul special care ne preocupă, se poate mai curînd vedea aici atributul unui spirit artistic.

Orice ar fi, nimic nu mi-ar fi permis să spun, examinînd scrierea lui Eminescu, fără să fi fost prevenit, că ea aparţine celui mai mare poet romîn.

Trebuie să recunoaştem totuşi, că datele cunoscute în ceea ce priveşte raporturile scrierii cu personalitatea (relaţii imposibil de negat) sînt încă foarte restrînse.

De aceea mă mulţumesc să aduc aici o simplă contribuţie documentară.

Interpretări mai bine avizate nu vor putea fi date decît atunci cînd cunoştinţele noastre asupra problemei generale pe care o studiem vor fi mai înaintate şi mai puţin dependente de subiectivitatea observatorului.

ОПЫТ НАУЧНОЙ ГРАФОЛОГИИ

ПОЧЕРК ЭМИНЕСКУ

(КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ)

Направление строк большей частью прямое, иногда изогнутое, восходящее или нисходящее. Почерк прямой или несколько наклоненный справа налево. Слова разборчивы. Буквы вообще связаны между собой, число промежутков нередко меньше числа слогов, однако иногда отмечается и обратное соотношение. Ясно выражены различия между толстыми и тонкими линиямн букв. Угловатые формы встречаются довольно часто. Поперечная линия буквы t вообще коротка и без особых колебаний толщины. Диакритический знак на букве ă сильно вогнут. Характерным для этого почерка и весьма часто встречающимся является так называемый крючок эгонзма — признак, который, по мнению автора, указывает скорее на живость моторики. Орнаментация букв также встречается, что в данном случае, вероятно, связано с художественным духом поэта.

Автор считает, что выраженный рельеф букв обусловлен сомато-психической энергией.

Непредупрежденный наблюдатель не мог бы утверждать на современном этапе графологии, что этот почерк принадлежит величайшему румынскому поэту.

ESSAIS DE GRAPHOLOGIE SCIENTIFIGUE

L'ÉCRITURE D'EMINESCU

(RÉSUMÉ)

La direction des lignes, le plus souvent droite, est parfois courbe, ascendante ou descendante. L'écriture est droite ou légèrement oblique de droite à gauche. Les mots sont lisibles. Les lettres sont généralement liées entre elles, le nombre des interruptions étant souvent plus petit que le nombre des syllabes, quoique parfois on puisse observer le contraire. Les différences entre les traits fins et épais sont accentuées. Les formes angulaires ne sont pas rares. Les barres du *t* sont en général courtes et ne présentent pas de grandes variations d'épaisseur; les accents de *ă* sont souvent trés concaves; on observe très souvent et de manière caractéristique ce que l'on appelle le crochet de l'égoïsme, signe qui, selon l'auteur, semble plutôt indiquer une certaine vivacité motrice. On observe également des ornementations des lettres, ce qui semble, dans ce cas, être en rapport avec l'esprit artistique du poète.

L'auteur considère que le rélief accentué des lettres est en rapport avec l'énergie somato-psychique.

Un observateur non prévenu ne pourrait pas afirmer — à l'état actuel de nos connaissances graphologiques — que cette écriture appartient au plus grand poète roumain.

INCERCĂRI DE GRAFOLOGIE ȘTIINȚIFICĂ

— SEMNELE GRAFOLOGICE ALE AFECTIVITĂȚII* —

Studiul științific al scrisului prezintă un interes deosebit.

Scrisul este într-adevăr *graficul* unei persoane și se cunoaște importanța metodicii grafice în fiziologie.

Este vorba de un grafic mai complicat care prezintă raporturi atît de strînse cu personalitatea autorului încît se poate recunoaște o persoană după scrisul său așa cum se recunoaște după figură sau după fotografia sa.

Dar s-a făcut prea des din grafologie un fel de joc de salon și s-a dat scrisului interpretări bazate cîteodată pe analogii îndepărtate și lipsite de orice control serios, ceea ce a discreditat într-o oarecare măsură studiile asupra acestui subiect atît de interesant.

Mi-am propus să aduc contribuția mea studiului acestei probleme, neafirmînd decît ceea ce mi se pare întemeiat pe fapte de netăgăduit. Astfel, în mai multe note anterioare am studiat caracterele obiective ale scrisului în afara oricărui raport cu autorul, apoi particularitățile sale după sex, scrisul matematicienilor și acela al anumitor oameni celebri (Pasteur, Eminescu).

În nota de față, îmi propun să redau observațiile mele, de pînă acum, asupra felului în care se exprimă afectivitatea cuiva în scrisul său.

Nu am intenția să epuizez subiectul, ci numai să arăt ceea ce după experiența mea de pînă acum îmi pare incontestabil.

Ca și alți autori am putut să constat o legătură între direcția liniilor și dispoziția sufletească a celui care scrie.

Din acest punct de vedere se poate spune că direcția descendentă este cel puțin foarte des, în raport cu dispoziția depresivă a individului, după cum se vede în exemplele pe care le reproduc mai jos.

---

* Publicat în „Bulletin de la Société roumaine de neurologie, psychiatrie, psychologie et endocrinologie", 1925, nr. 3.

În toate acestea raportul între conținutul trist al scrierii și caracterul descendent al rîndurilor este foarte evident (fig. 1 și 2).

Se pare logic să admitem că direcția ascendentă a liniilor trebuie să însemne în multe cazuri dispoziția euforică sau optimistă și probabil, așa cum gîndesc mulți autori, că schimbările în direcția liniilor și variabilitatea în scriere în general este în raport cu o anumită labilitate afectivă.

Fig. 1

Cum din nenorocire buna dispoziție sufletească pare mai rară decît tristețea, cercetările mele în acest subiect nu-mi permit încă o convingere solidă.

De altfel, trebuie să admitem cu Klagge că același caracter al scrisului poate să aibă după împrejurări o valoare pozitivă, arătînd întărirea unei trăsături a caracterului sau o valoare negativă, indicînd lipsa unei inhibiții sau a unui factor antagonist.

Tot așa sînt de părere că există un raport între dispoziția tristă, depresivă și dimensiunile mici ale literelor.

Pot să citez ca exemplu scrierea foarte mică a unui distins coleg care are o dispoziție sufletească adeseori deprimată, iese puțin, îi place să se izoleze și care a trecut în curînd printr-o perioadă de melancolie foarte caracteristică (fig. 3).

Între tristețe și oboseală pare să existe raporturi de netăgăduit. Tristețea copleșește ca și oboseala.

Micimea literelor indică oboseală sau cel puțin o inhibiție musculară.

Foarte interesantă este asocierea unei direcţii ascendente a liniilor cu slabele dimensiuni ale literelor din manuscrisul reprodus în figura 4.

Autorul este un delirant cronic cu idei de persecuţie şi megalomanie foarte accentuată.

Fig. 2

Talia mare a literelor arată în schimb buna dispoziţie psihică, curaj, energie psihică şi fizică. Figura 5 este exemplul scrierii unui coleg într-adevăr activ, entuziast şi optimist.

La acest subiect trebuie să reamintesc de asemenea că scrisul maniacilor este în general mare.

Voi spune în sfîrşit cîteva cuvinte asupra unei trăsături căreia mulţi grafologi i-au atribuit o semnificaţie specială.

Este vorba de cîrligul care termină anumite cuvinte și căruia i s-a dat denumirea de cîrligul egoismului.

Are el într-adevăr această semnificație?

Și mai întîi ce este egoismul?

Dacă înseamnă un anumit interes pentru propria persoană, apărarea sa, măsuri de prevedere pentru progresul și conservarea acesteia,

Fig. 3

atunci el este o parte necesară a stării normale și absența ei ar fi un fapt anormal.

Dacă se înțelege din contră, tendința de a acapara totul pentru sine, de a se dezinteresa de soarta altora, atunci el constitue o trăsătură particulară.

S-a stabilit o analogie între trăsătura menționată mai sus și mișcarea de adducțiune spre sine însuși.

Acest mod de interpretare grafologică mi se pare just.

Pe de altă parte se poate vedea în același scris o mișcare în sens contrar la începutul cuvintelor.

Aceasta din urmă înseamnă altruism.

Fig. 4

Amîndouă trăsăturile mi se par mai curînd în legătură cu o anumită obişnuinţă de a face mişcări mari.

Oricum ar fi, pot afirma că se poate întîlni cîrligul egoismului la persoane care nu au psihologia ariviştilor şi care sînt capabile de sacrificii pentru cauza altuia.

Fig. 5

Trăsătura în chestiune poate avea caracter familiar sau chiar ereditar.

Această trăsătură există în scrisul anumitor oameni mari.

Era prezentă de exemplu în scrisul lui L a ë n n e c precum şi al lui E m i n e s c u .

Am regăsit-o în mod excepţional şi în cel al lui P a s t e u r.

ОПЫТ НАУЧНОЙ ГРАФОЛОГИИ

ГРАФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ АФФЕКТИВНОСТИ

(КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ)

Продолжая изучение почерков, автор отметил тесную связь между аффективностью и характером почерка.

Нисходящее направлеиие строк связано — по крайней мере в большинстве случаев — с подавленным настроением субъекта, как это видно из приводимых в данной статье образцов. Повидимому, обратное можно утверждать для оптимистического настроения, которое выражается восходящим направлением строк.

Разделяя миение Клагга, автор считает, что значение этого признака различно в зависимости от того, связан ли он с усилением определенной черты характера или с отсутствием процесса торможения.

Утверждается также наличие связи между печальным, подавленным настроением и малыми размерами букв. Приводится показательный пример.

У одного больного хроническим бредом с мегаломанией и идеями преследования строки оказываются восходящими, но буквы имеют небольшие размеры.

Хорошее настроение, смелость, психическая и физическая энергия выражаются крупными буквами. Этот характер букв отмечается и у маньяков.

Конечная черта, называемая крючком эгоизма, не характерна для этой психической особенности, но встречается и у людей, способных даже на жертвы ради общего дела. Автор нашел этот признак в почерке Лаеннека, Эминеску, а также — правда в виде исключения — в почерке Пастера.

Этот признак может иметь семейный или даже наследственный характер.

ESSAIS DE GRAPHOLOGIE SCIENTIFIQUE

LES SIGNES GRAPHOLOGIQUES DE L'AFFECTIVITÉ

(RÉSUMÉ)

Continuant l'étude de l'écriture, l'auteur trouve des rapports étroits entre l'affectivité et les caractères de l'écriture.

La direction descendante des lignes est le plus souvent en rapport avec une prédisposition dépressive de l'individu, ainsi qu'on peut le voir dans les exemples réproduits. Le contraire paraît également valable; la tendance ascendante traduirait une disposition optimiste.

D'ailleurs, avec Klagge, l'auteur admet la valeur différente du même phénomène, selon qu'il s'agit de l'accentuation d'un trait de caractère ou de l'absence d'une inhibition.

On affirme aussi l'existence d'un rapport entre la disposition dépresive, triste, et les faibles dimensions des lettres. On présente un exemple démonstratif.

Dans le cas d'un délirant chronique mégalomane, ayant aussi des idées de persécution, les lignes sont ascendantes, mais les lettres sont petites.

La bonne disposition psychique, le courage, l'énergie psychique et physique se traduisent par des lettres de grandes dimensions. Ce caractère des lettres se retrouve chez les maniaques.

Le trait final dénommé crochet de l'égoïsme, n'est pas caractéristique de cette particularité psychique, car il se retrouve chez des persones capables de sacrifices pour des causes générales. On l'a retrouvé dans l'écriture de Laënnec, d'Eminescu et, à titre exceptionnel, dans celle de Pasteur.

Cette particularité peut avoir un caractère familial ou même héréditaire.

INCERCĂRI DE GRAFOLOGIE ȘTIINȚIFICĂ

— CARACTERUL FAMILIAL AL SCRIERII* —

În șase note anterioare am încercat să aduc o contribuție la studiul științific al grafologiei.

Sînt de părere, ca și alți autori, că această disciplină poate aduce unele lămuriri în studiul personalității.

Raporturile dintre constituția psihică și fizică și scriere sînt atît de strînse, încît aceasta din urmă este caracteristică pentru fiecare individ. Pe de altă parte, cum între membrii aceleiași familii : părinți și copii, frați și surori, sînt asemănări fizice și psihice, uneori foarte importante, este firesc să credem apriori că același lucru trebuie să fie și în ceea ce privește scrierea.

Este oare realmente așa?

Joire o susține în cartea sa asupra grafologiei și aduce unele exemple în sprijinul afirmației sale.

Observațiile mele îmi permit de asemenea să fiu afirmativ, privitor la această problemă.

Iată ca prim exemplu, scrierea a doi frați, ambii profesori universitari, unul la Facultatea de medicină din București, altul la Facultatea de științe din Iași (fig. 1 și 2).

Acești eminenți colegi au multe asemănări fizice și psihice. Sînt de talie mică, au mișcări vii, spiritul de asemenea viu, replica ușoară, sînt înclinați mai ales spre științele pozitive.

Scrierea lor prezintă o atît de mare asemănare, încît la prima vedere, este greu de spus care aparține primului și care celui de-al doilea.

În ambele cazuri, scrierea este mai mult sau mai puțin omogenă, fină, înclinată aproape cu 45°. Scrierea este angulară, ovalul literelor este

---

* Publicat în „Bulletin de la Société roumaine de neurologie, psychiatrie, psychologie et endocrinologie", 1926, nr. 2.

mai mult îngust, cel puţin în mod obişnuit. Scrierea este uşor lizibilă în ambele cazuri.

Fig. 1

Fig. 2

De asemenea, am avut ocazia să studiez scrierea mai multor surori şi fraţi din aceeaşi familie, sau părinţi şi copii, găsind asemănări incontestabile.

ca s-a terminat, mi-e dor să stea la noi fără
să o arunce în el. Să-mi scrie un copil
ce rămas făcuți: Sunt mâhnită că
nimeni nu se gândește să-mi scrie dacă
tu nu poți. Bani nu [illegible] — răceală și
eu [illegible] că n-ar trebui; dar ce să mai
zic, dragoste cu sila nu se poate.

Fig. 3

Au point de vue microscopique Borzykowski ( )
trouve que la glande est constituée par de petites follicules
pleines de colloïde avec cellules aplaties et peu de tissu
non différencié. Au début de la grossesse on observe
aussi la congestion de l'organe. Engelhorn (1912) chez les
femelles (lapines, cobayes) grosses confirme l'hypertrophie

Fig. 4

Reproducem, în figurile 3 şi 4 scrierea a două surori. Cea din figura 5 este a unei fetiţe a ultimei. Cele din figurile 6 şi 7 sînt a unui tată şi a fiicei sale.

Ceea ce se numeşte *cîrligul* egoismului, se regăseşte de asemenea la mai mulţi membri ai aceleiaşi familii. L-am observat de pildă la doi fraţi şi la fiica unuia din aceştia.

Fig. 5

Trebuie să tragem concluzia că scrierea prezintă adeseori asemănări la mai mulţi membri ai aceleiaşi familii, pe care simpla imitaţie nu pare să le explice.

Aceste asemănări sînt datorite similitudinilor în constituţia şi funcţionarea psihică şi fizică a membrilor aceleeaşi familii.

În discuţie Dl. Prof. Parhon constată simultaneitatea acestor 2 cazuri cu simptomatologia aşa de asemănătoare şi emite ipoteza că ar putea fi vorba de aceeaşi infecţiune ca factor etiologic gândindu-se la encefalita

Fig. 6

Fig. 7

ОПЫТ НАУЧНОЙ ГРАФОЛОГИИ

СЕМЕЙНЫЙ ХАРАКТЕР ПОЧЕРКА

Отношения между почерком и психо-соматической конституцией весьма ярко выражены. Подобно тому как между членами семьи существуют значительные физические и психические сходства, то же самое отмечается и в отношении почерка.

Этот факт уже был отмечен Жуаром. Исследования автора позволяют сделать такой же вывод. Приводятся образцы различных почерков, иллюстри... ние это утверждение.

ESS... GRAPHOLOGIE SCIENTIFIQUE

LE CARACTÈRE FAMILIAL DE L'ÉCRITURE

(RÉSUMÉ)

Les rapports entre l'écriture et la constitution psycho-somatique sont très étroits. Étant donné que, entre les membres d'une même famille, il y a des ressemblances physiques et psychiques considérables, on peut également observer des ressemblances de l'écriture.

Joire a observé ce fait. Les recherches de l'auteur conduisent à la même conclusion. On reproduit des spécimens graphiques qui viennent étayer cette affirmation.

BIBLIOGRAFIA COMPLETĂ A LUCRĂRILOR DE PSIHIATRIE ŞI DE PSIHOLOGIE ALE ACADEMICIANULUI C. I. PARHON

CERCETĂRI DE PSIHOLOGIE ŞI PSIHIATRIE

Constituţie, temperament şi caracter, Almanahul sănătăţii şi al higienii, Bucureşti, 1909.

Note sur la formule leucocytaire dans la manie et la mélancolie (în colaborare cu C.I. Urechia) Bulletin de la Société des sciences médicales de Bucarest, iun. 1910.

Cauzele neurasteniei, Higiena, Bucureşti, 1912, nr. 6.

Contribuţii la studiul paraliziei generale familiale. Consideraţiuni asupra patogeniei şi tratamentului paraliziei generale (în colaborare cu C.I. Urechia şi A. Ţupa), Spitalul, Bucureşti, 1912, nr. 20.

Isteria la femei şi bărbaţi, Higiena, Bucureşti, 1912, nr. 10.

Natura isteriei şi cauzele ei. Mijloace de a o preveni, Higiena, Bucureşti, 1912, nr. 11.

Neurastenia. Simptome, cauze, prevenirea ei, Higiena, Bucureşti, 1912, nr. 5.

Obiectul neuropatologiei şi psihiatriei. Metodele lor de cercetare. Revista ştiinţelor medicale, Bucureşti, feb. 1913, nr. 2.

Quelques mots sur les aliénés criminels et les criminels aliénés, Archives de sociologie et de criminologie, Bucureşti, feb. 1914, nr. 1.

Du suicide chez les aliénés (în colaborare cu C. Popa Radu), Archives de sociologie et de criminologie, 1916.

Constituţii, temperament şi caracter, Medicina pentru toţi, Bucureşti, 1919, nr. 36—37.

Contribution à l'étude de la démence sénile avec quelques considérations sur la vieillesse en général (în colaborare cu M. Isanos şi M. Seister), Bulletins et mémoires de la Société de neurologie, psychiatrie et psychologie de Jassy, 1919, nr. 1.

Remarques critiques sur un travail de M. Pitulesco ayant pour titre: „La psychiatrie clinique et médico-légale d'urgence". Bulletins et mémoires de la Société de neurologie, psychiatrie et psychologie de Jassy, 1919, nr. 1.

Asupra constituţiei somatice la alienaţi, în *Congresul psihiatrilor romîni,* Cluj, 1920, şi Revista medicală, Sibiu, 1920.

Cercetări asupra conformației somatice la alienați (demența precoce, epilepsie, paralizie generală), comunicare la cel de-Al 2-lea congres al psihiatrilor romîni, Iași, sept. 1921, Buletinul Asociației psihiatrilor din Romînia, Iași, 1922, nr. 1.

Bătrînețea, senilitatea, psihoza vîrstei de involuție, demența senilă, demența arteriosclerotică, publicată de Facultatea de medicină, Iași, 1925.

Psihozele afective. Mania, melancolia, psihozele intermitente sau periodice, circulare, ciclotimia, psihozele alterne. Concepția psihozei maniaco-depresive, publicată de Facultatea de medicină, Iași, 1925.

Sur la séro-floconisation alcoolique chez les aliénés (în colaborare cu M. Cahane), Bulletin de la Société roumaine de néurologie, psychiatrie, psychologie et endocrinologie, Iași, 1926, nr. 3.

Par quel mécanisme la musique agit-elle sur notre affectivité?, Bulletin de la Société roumaine de neurologie, psychiatrie, psychologie et endocrinologie, Iași, 1927, nr. 3.

Biologia psihozelor afective, Revista medico-chirurgicală din Iași.

Contribution à l'étude de la démence sénile avec quelques considérations sur la vieillese en général (în colaborare cu Isanos și Alister).

Sur les rapports existant entre la peur et la perception de froid, Bulletins et mémoires de la Société roumaine de néurologie, psychiatrie, psychologie et endocrinologie, Iași, 1927, nr. 3.

Tulburări psihice cu accese de impulsiuni violente amintind pe cele epileptice la o bolnavă atinsă de sindrom parkinsonian encefalitic (în colaborare cu Seb. Constantinescu comunicare la Secțiunea psihiatrică din București a Societății romîne de neurologie, psihiatrie, psihologie și endocrinologie, dec. 1927.

Sur la pathogénie des psychoses endogènes, în *Volumul jubiliar al prof. Iustchenko*, 1929.

Considerațiuni asupra psihofiziologiei afectivității, Revista științelor medicale, București, oct. 1930, nr. 10.

Constituția somatico-psihică și raporturile ei cu criminologia, Revista de drept penal și știință penitenciară, București, 1930, nr. 3—4 și 9—10.

Contribution à l'étude de la calcium-rachie (în colaborare cu M. Cahane), Congrès français de médecine, XX^e session, Liège, 1930.

Recherches sur la calcémie chez les aliénés (în colaborare cu Dragomirescu), Congrès français de médecine XX^e session, Liège, 1930.

Sur la calcémie et la calcium-rachie chez les épileptiques ainsi que dans certaines psychoses (în colaborare cu I. Ornstein), Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 1930, nr. 15.

Asupra formelor atenuate de microcefalie la alienați (în colaborare cu Constanța Parhon-Ștefănescu), Al XX-lea congres al Societății romîne de neurologie, psihiatrie psihologie și endocrinologie, 5 oct. 1931.

Cercetările asupra raportului diametrului biacromial și biiliac în diferitele psihoze la cele două sexe (în colaborare cu Constanța Parhon-Ștefănescu și A. Mihăescu), Societatea romînă de neurologie, psihiatrie, psihologie și endocrinologie, 21 apr. 1931.

Contribution à l'étude da syndrome de Korsakoff (în colaborare cu L. Ballif și L. Lunewski), Rev. v neurologhii i psihiatrii, Praga, 1931.

Hidremia la alienați (în colaborare cu M. Cahane), comunicare în ședința de endocrinologie a celui de-Al IX-lea congres al Societății romîne de neurologie, psihiatrie, psihologie și endocrinologie, Secțiunea Iași, 14 oct. 1930, Revista științelor medicale, București, ian. 1931, nr. 1.

L'hystérie, syndrome psychogénétique, Bulletin de la Société roumaine de neurologie, psychiatrie psychologie et endocrinologie, Bucureşti, 1931, nr. 2.

Les formes atténuées de microcéphalie chez les aliénés (în colaborare cu C. Parhon-Ştefănescu), séance de psychiatrie et psychologie du XI-e Congrés roumain de néurologie, psychiatrie, psychologie et endocrinologie, Diciosînmartin, 1931, Bulletin de la Société roumaine de neurologie, psychiatrie, psychologie et endocrinologie, Iaşi, 1931, nr. 1—3.

Fosforemia la alienaţi (în colaborare cu Gherta Werner), comunicare la Al XXII-lea congres al Societăţii romîne de neurologie, psihiatrie, psihologie şi endocrinologie, Bucureşti, oct. 1932.

Recherches sur la calcémie, la potassémie et le rapport K : Ca dans les maladies mentales (în colaborare cu d-ra Werner), comunicare la Société Méd. Psychol., 27 iun. 1932, Annales méd. Psych, 1932, an. 90, nr. 1.

Acte delicvente de natură psihopatologică (în colaborare cu Coban), comunicare la Societatea romînă de neurologie, psihiatrie, psihologie şi endocrinologie, Bucuresti, 2 mart. 1933.

Délites ou troubles mentaux (în colaborare cu B. Coban), Bulletin de la Société roumaine de neurologie, psychiatrie, psychologie et endocrinologie, Iaşi, 1933, nr. 1—3.

Modifications du métabolisme dans la psychose maniaco-depressive et la psychasténie, Bulletin de la Société roumaine de néurologie, psychiatrie, psychologie et endocrinologie, Iaşi, 1933, nr. 1—3.

Psychiatrie de la vieillesse, Bulletin de la Société roumaine de néurologie, psychiatrie, psychologie et endocrinologie, Iaşi, 1933, nr. 4.

Observations sur les aliénés criminels: b) troubles idéatifs et problèmes de responsabilité; c) éthique sociale, prophylaxie du crime et problème de responsabilité (în colaborare cu G. Fastlich şi Ep. Tomorug), raport la Al XV-lea congres al Societăţii romîne de neurologie, psihiatrie, psihologie şi endocrinologie, 1935, Bulletin de la Société roumaine de neurologie, psychiatrie, psychologie et endocrinologie, 1935, nr. 4.

Ce este şi ce nu este isteria? Noua revistă medicală, Bucureşti, mai 1936, nr. 1.

Psychoses périodiques ou intermittentes, psychose maniaque depressive, psychoses circulaires, cyclothymie, cyclophrénie; conceptions théoriques, voies de recherches, Noua revistă medicală, Bucureşti, 1937, nr. 9.

Sur les différences psychologiques des malades atteints de psychoses du type maniaque et dépressive, selon leur état constitutionnel (în colaborare cu E. Tomorug), Bulletins et mémoires de la Section d'endocrinologie, Société roumaine de neurologie, psychiatrie, psychologie et endocrinologie, Bucureşti, feb. 1938, nr. 2.

Introducere în studiul psihiatriei. Probleme de biologie cerebrală, lecţiune de deschidere a cursului de psihiatrie, Bucureşti, 16 apr. 1945.

Critique de la notion de cyclophrénie (în colaborare cu André Dosios), comunicare la Societatea romînă de psihiatrie, 23 apr. 1945, Acta Endocrinologica, Bucureşti, 1946, nr. 1.

Cercetări asupra atenţiei la bătrîni din punct de vedere clinic şi terapeutic (în colaborare cu R. Felix şi E. Semen), Studii şi cercetări de endocrinologie, iul.-dec. 1955, an. VI, nr. 3-4.

Experimentul asociativ — metodă de investigaţie a tipului de sistem nervos (în colaborare cu R. Felix şi E. Semen), Studii şi cercetări de endocrinologie, ian.-iun. 1955, an. VI, nr. 1—2.

Memoria la bătrîni (în colaborare cu R. Felix și E. Semen), Studii și cercetări de endocrinologie, iul.-dec. 1955. an. VI, nr. 3—4.

Manifestări psihopatologice la bătrîni, (în colaborare cu R. Felix și E. Semen), Studii și cercetări de endocrinologie, iul.-dec. 1955, t. VI, nr. 3-4.

CERCETĂRI DE EDOCRINO-PSIHIATRIE

Contribution à l'étude des troubles mentaux de la maladie de Basedow (în colaborare cu Marbé), L'encéphale, 1906, nr. 5.

Considérations sur le rôle des altérations endocrines dans la pathogénie de la dégénérescence, Comptes rendus du XVIII-e congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, Dijon, aug. 1908.

Privire generală asupra rolului tulburărilor secrețiilor interne în patologia nervoasă și mintală, Revista științelor medicale, 1908.

Note sur les rapports de la catatonie avec les altérations de l'appareil thyroparathyroïdien, (în colaborare cu G. Urechia), C. R. du XVIIIe Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, Dijon, aug. 1908.

Cercetări asupra glandelor cu secreție internă în raportul lor cu patologia mintală, memoriu, București, 1910.

Note sur la formule leucocytaire chez les aliénés (în colaborare cu G. Dan), Comptes rendus du XXIe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, Amiens, aug. 1911.

Cercetări asupra glandelor cu secreție internă în raportul lor cu patologia mintală, Spitalul, București, 1912, nr. 5.

Note sur l'état des glandes à sécré ion interne dans quelques cas d'aliénation mentale (în colaborare cu A. Marie), Archives de neurologie, iun. 1912.

Recherches pondérales sur la glande thyroïde chez les aliénés de différentes catégories, communication au XXIe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, Tunis, apr. 1912.

Irascibilité et mononucléose, Bulletins et mémoires de la Société des médecins et naturalistes de Jassy, 1913, nr. 7—8.

Note sur la lipoïdhémie chez les aliénés (în colaborare cu C. Urechia și A. Popea), Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique, Bruxelles, iun. 1913, nr. 168.

Nouvelles recherches sur la glande thyroïde chez les aliénés (în colaborare cu Mateescu și Țupa), L'encéphale, aug. sept. 1913, nr. 8.

Recherches pondérales sur les capsules surrénales chez les aliénés (în colaborare cu Gh. Zugravu), Archives de neurologie, nov. 1913.

Recherches sur la séro-réaction d'Abderhalden dans quelques maladies nerveuses et mentales (în colaborare cu Marie Parhon), Bulletins et mémoires de la Société des médecins et naturalistes de Jassy, 1913.

Recherches sur les glandes génitales (testicules et ovaires) dans la démence précoce (în colaborare cu Obregia și C. Urechia), L'encéphale, 1913, nr. 2.

Sur les glandes à sécrétion interne dans leurs rapports avec la pathologie mentale et la psychologie, rapport au Congrès International de Neurologie, Gand, 1913.

Recherches pondérales sur le pancréas chez les aliénés (în colaborare cu. Gh. Zugravu) Archives de neurologie, mar. 1914.

Recherches pondérales sur les glandes génitales chez les aliénés (în colaborare cu Gh. Zugravu) Bulletins et mémoires des médicins et naturalistes de Jassy, 1915.

Recherches séro-cryoscopiques chez les aliénés (în colaborare cu Maria Parhon), Bulletins et mémoires des médecins et naturalistes de Jassy, 1915.

Cercetări ponderale asupra splinei la alienați (în colaborare cu Gh. Zugravu), Spitalul, București, 1919, nr. 10–11.

Noi cercetări serocrioscopice la alienați și în special la epileptici (în colaborare cu Maria Parhon), Spitalul, București, 1919, nr. 4.

Sur les altérations des capsules surrénales chez les aliénés pellagreux (în colaborare cu Em. Savini), Bulletins et mémoires de la Société de neurologie, psychiatrie et psychologie de Jassy, dec. 1919, nr. 2.

Recherches anatomopathologiques sur la glande thyroïde dans les délires chroniques (în colaborare cu Alice Stocker), Bulletins et mémoires de la Société de neurologie, psychiatrie et psychologie de Jassy, iun.-dec. 1920, nr. 1–2.

Recherches anatomopathologiques sur la glande thyroïde dans les psychoses affectives (în colaborare cu Alice Stocker, Bulletins et mémoires de la Société de neurologie, psychiatrie et psychologie de Jassy, iun.-dec. 1920, nr. 1–2.

Sur la fréquence relative des granulations lipoïdes dans les cellules thyroïdiennes dans différents cas pathologiques (în colaborare cu Alice Stocker), Bulletins et mémoires de la Société de neurologie, psychiatrie et psychologie de Jassy, 1921, nr. 5–6.

Observations histopathologiques sur la thyroïde chez les aliénés (în colaborare cu d-na Stocker), Bulletins et mémoires de la Société de neurologie, psychiatrie et psychologie de Jassy, 1921, nr. 5–6.

Recherches pondérale sur le foie chez les aliénés de différentes catégories (în colaborare cu Gh. Zugravu), Bulletins et mémoires de la Société de neurologie, psychiatrie et psychologie de Jassy, sep. 1921, nr. 1.

Recherches pondérales sur les reins chez les aliénés de différentes catégories (în colaborare cu Gh. Zugravu, Bulletins et mémoires de la Société de neurologie, psychologie et psychiatrie de Jassy, sep. 1921, nr. 1.

Modifications considérables de la structure d'un lobe thyroïdien extirpé chez une malade atteinte de mélancolie anxieuse (în colaborare cu d-na Stocker), L'encéphale, 1921, nr. 4.

Sur la signification de la colloïde hyperchromophile et sa fréquence au cours des différents maladies (în colaborare cu Alice Stocker), L'encéphale, 1921, nr. 5–6.

Sur l'insuffisance diasthématique chez les aliénés, Bulletins et mémoires de la Société de neurologie, psychologie et psychiatrie de Jassy, ian. 1922, nr. 2.

Sur la réaction de Buscaino dans l'urine de certains aliénés (în colaborare cu M. Derevici), Bulletin de l'Association des psychiatres roumains, Iași, 1923.

Sur quelques altérations des glandes endocrines dans les psychoses affectives (în colaborare cu Marie Briese), Bulletin de l'Association des psychiatres roumains, Iași, 1923.

Sur la cholesterinémie dans quelques affections nerveuses et mentales (în colaborare cu Maria Parhon), L'encéphale, 1924.

Note sur les parathyroïdes des aliénés (în colaborare cu H. Rosen), Bulletin de la Société roumaine de neurologie, psychiatrie, psychologie et endocrinologie, Iași, 1925, nr. 3.

Quelques recherches sur la lipoïdemie spécialement chez les aliénés, (în colaborare cu M. Parhon), Bulletin de la Société roumaine de neurologie, psychiatrie, psychologie et endocrinologie, Iași, 1925, nr. 2.

Recherches histopathologiques sur l'hypophyse chez les aliénés (în colaborare cu d-na Briese), Revue neurologique, 1925.

Dystrophie adipeuse hypophysaire et psychose maniaque-dépressive (în colaborare cu d-na Baliff), comunicare la Société roumaine de neurologie, psychiatrie, psychologie et endocrinologie, Section de Jassy, iun. 1927.,

Cercetări constituționale la alienați (în colaborare cu Constanța Parhon-Ștefănescu Mihăescu, Coban și Tomorug), comunicare la Al XII-lea congres al Societății romîne de neurologie, psihiatrie, psihologie și endocrinologie, București, 1932.

Cercetări histologice asupra ficatului în special la alienați (în colaborare cu Constanța Parhon-Ștefănescu și G. Fastlich), comunicare la Al XX-lea congres al Societății romîne de neurologie, psihiatrie, psihologie și endocrinologie, București, oct. 1932.

Cercetări histopatologice asupra capsulelor suprarenale la alienați (în colaborare cu H. Vasilescu), comunicată la Al XII-lea congres al Societății romîne de neurologie, psihiatrie, psihologie și endocrinologie, București, oct. 1932.

Fosforemia la alienați (în colaborare cu d-ra Werner), comunicare la Al XII-lea congres al Societății romîne de neurologie, psihiatrie, psihologie și endocrinologie, București, oct. 1932.

Recherches histopathologiques concernant les surrénales chez les aliénés (în colaborare cu D. Marinescu Băloiu), comunicare la Congresul din 1936 al Societății de neurologie, psihiatrie, psihologie, endocrinologie și medicină legală, Bulletin de la Section d'endocrinologie, 1936, nr. 8—9—10.

Recherches histopathologiques, sur l'épiphyse dans quelques cas d'aliénation mentale (în colaborare cu Gustav Fastlich), Bulletins et mémoires de la Section d'endocrinologie, 1936, nr. 7.

Acromégalie et hypersomnie (în colaborare cu Ep. Tomorug), Bulletins et mémoires de la Section d'endocrinologie, 1937, nr. 4.

Elimination de l'hormone gonadotrope hypophysaire chez les schizophréniques (în colaborare cu St.-M. Milcu și C. Borcănescu), Bulletins et mémoires de la Section d'endocrinologie, 1937, nr. 8.

Importance des altérations des fonctions endocrines, surtout ovariennes et thyroïdiennes, dans la pathogénie des syndromes paranoïques ou paranoïdes. Syndromes paranoïdes chez les femmes châtrées ou amménorrhéiques (în colaborare cu Ep. Tomorug), Bulletins et mémoires de la Section d'endocrinologie, 1937, nr. 8.

Quelques recherches biochimiques sur le sang des schizophréniques (în colaborare cu Maria Ștefănescu, Dragomireanu, Nicolina Mărculescu și Ep. Tomorug), Bulletins et mémoires de la Section d'endocrinologie, 1937, nr. 8.

Quelques recherches histopatologiques sur les glandes endocrines chez les schizophréniques (în colaborare cu D. Marinescu-Băloiu și Ep. Tomorug), Bulletins et mémoires de la Section d'endocrinologie, 1937, nr. 8.

Schizophrénie et gygantisme (în colaborare cu Șt.-M. Milcu și Ep. Tomorug), Bulletin et mémoires de la Section d'endocrinologie, 1937, nr. 9.

Schizophrénie et obésité (în colaborare cu Ep. Tomorug), Bulletins et mémoires de la Section d'endocrinologie, 1937, nr. 8.

Sur la réaction d'arrêt de l'hémolyse avec les extraits endocriniens chez les schizophréniques (în colaborare cu Șt.-M. Milcu), Bulletins et mémoires de la Section d'endocrinologie, 1937, nr. 8.

Epilepsie par hypoglycémie (diabète familial) (în colaborare cu C. Werner), comunicare la Societatea romînă de endocrinologie, 8 iun. 1945.

Psychasténie et insuffisance parathyroïdienne (în colaborare cu C. Werner), comunicare la Societatea romînă de psihiatrie, 10 mart. 1945.

Tétanie post-opératoire et épilepsie (în colaborare cu Ep. Tomorug), comunicare la Societatea romînă de endocrinologie, 30 apr. 1945.

Sur les rapports de l'épilepsie avec l'insuffisance parathyroïdienne (în colaborare cu Marie Hussar-Tomorug), Acta endocrinologica, 1945, nr. 2.

Considérations cliniques sur les rapports entre la puberté précoce, la polydactilie et l'insuffisance du developpement mental (în colaborare cu L. Copelman), Acta Endocrinologica, 1947, nr. 1—2.

Modifications chimiques du sang dans l'idiotie amaurotique (în colaborare cu Gh. Werner), Medicina romînă, 1947, nr. 17—18—19.

Funcțiunile psihice în hipotiroidie și evoluția lor prin tratamentul tiroidian (în colaborare cu Șt.-M. Milcu și L. Copelman), Acta endocrinologica, 1948, nr. 1—2.

Studiu comparativ al unor funcții psihice în sindroamele tiroidiene (în colaborare cu Șt.-M. Milcu și L. Copelman), Acta endocrinologica, 1948, nr. 1—2.

Considerații asupra activității nervoase superioare în endocrinopatiile infantile (în colaborare cu R. Felix și M. Teodoru), Studii și cercetări de endocrinologie, ian.-iun. 1955, t. VI, nr. 1—2.

Psihologia copiilor și adolescenților în sindromul Cushing, (în colaborare cu M. Pitiș, R. Felix și M. Teodoru), Studii și cercetări de endocrinologie, iul.-dec. 1955, t. VI, nr. 3—4.

CAZUISTICA PSIHIATRICĂ

Un caz de abazie trepidantă și maladia lui Parkinson, comunicare la Societatea științelor medicale, 22 mart. 1904, Buletinul Societății științelor medicale, București, apr. 1904, nr. 1.

Contribution casuistique à l'étude des troubles mentaux dans les tabes (în colaborare cu Minea), XIVe Congrès des mèdecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, Lille, aug. 1905.

Un caz de isterie simulînd scleroza în plăci și siringomielia (în colaborare cu M. Goldstein), Spitalul, București, 1905, nr. 10.

Un caz de ramolisment al primei circumvoluțiuni frontale stîngi, Tulburări mintale, comunicare la Societatea de anatomie, 22 ian. 1905.

Un cas de mélancolie avec hypertrophie thyroïdienne succédant à la ménopause, Revue neurologique, 30 iul. 1906, nr. 14.

Un caz de stasofobie și bazofobie (*astazie abazie*) (în colaborare cu Gr. Nădejde), comunicare la Societatea științelor medicale, 12 dec. 1905, Spitalul București, apr. 1906, nr. 7.

Un caz de demență precoce considerabil ameliorat în urma unei pleurezii purulente (în colaborare cu C. I. Urechia), comunicare la Societatea romînă de neurologie și psihiatrie, Revista științelor medicale, București, 1907, nr. 3—4.

Etat psychasténique survenu chez une jeune fille épileptique soumise au traitement thyroïdien disparaissant par la cessation du traitement et reparaissant par sa reprise (în colaborare cu M. Goldstein), Revue neurologique, 1908, nr. 1.

Un cas d'idiotie amaurotique type Tay-Sachs (în colaborare cu M. Goldstein), Revue neurologique, 30 iul. 1909, nr. 14.

Tumeur de l'hypophyse et absence d'acromégalie, troubles mentaux et sommeil pathologique (în colaborare cu M. Goldstein), Journal de neurologie, Bruxelles, 1909, nr. 1.

Contribution casuistique à l'étude de la polydactylie chez les aliénés (în colaborare cu C. I. Urechia), Nouvelle Monographie de la Salpêtrière, 1911, nr. 5.

Sur un cas de paralysie générale juvénile (în colaborare cu C. I. Urechia), communication au VI-e Congrès belge de neurologie et de psychiatrie, Bruges, oct, 1911, Journal de neurologie, 1911.

Un caz de demență precoce debutînd prin histerie (în colaborare cu C. I. Urechia), Revista științelor medicale, București, dec. 1911, nr. 12.

Un cas d'ostéomalacie et démence sénile, Bulletin de la Société des sciences médicales, București 1911/1912.

Altérations importantes de la glande thyroïde dans un cas de psychose maniaque dépressive avec prédominance des phénomènes de mélancolie confusive, Bulletins et mémoires de la Société de neurologie, psychiatrie, psyhologie et endocrinologie, Iași, dec. 1912, nr. 2.

Asupra unui caz de demență și osteomalacie senilă (în colaborare cu Țupa), Societatea științelor medicale, ian. 1912.

Asupra unui caz de ihtioză și debilitate mintală (în colaborare cu C. Dan), Societatea științelor medicale, ian. 1912.

Asupra cîtorva cazuri de mongolism (în colaborare cu Gr. Odobescu), Revista științelor medicale, București, 1913.

Contribution à l'étude de l'obésité chez les paralytiques généraux, (în colaborare cu Obregia și Urechia), Nouvelle iconographie de la Salpêtrière, 1913, nr. 6.

Recherches anatomochimiques sur un cas d'infantilisme chez un idiot avec microgyrie. Contribution à l'étude de la pathogénie de l'infantilisme (în colaborare cu Țupa), Archives de neurologie, 1913.

Asupra unui caz de macromastie la o idioată (în colaborare cu C. I. Urechia și Aurel Popea), Revista științelor medicale, București, iun. 1913, nr. 6.

Confuzie mintală la o basedowiană. Vindecarea sindromului lui Basedow. Demență (în colaborare cu G. Odobescu), Spitalul, București, 1914, nr. 15—16.

Hallucinations multiples, principalement autoscopiques chez une malade paraplégique, Bulletins et mémoires de la Société des médecins et naturalistes de Jassy, 1914, nr. 1—12.

Sur un cas de manie chronique avec hypertrophie thyroïdienne et sur le rôle de la glande thyroïde dans la pathogénie de cette psychose (în colaborare cu Popa Radu), Archives internationales de neurologie, aug. - dec. 1914.

Sur un syndrome psycho-endocrinien caractérisé par un état paranoïde et des troubles thyro-ovariens. Relations patho-génétiques probables entre les modifications psychiques et les altérations glandulaires (în colaborare cu G. Odobescu), L'encéphale, Paris, iun. 1914, nr. 6.

Über das Vorkommen von verworrener Manie bei einer Kranken mit Schilddrüsenhypertrophie. Schnell erzielter Heilerfolg durch Thyroidectomie. Wiener medizinische Woche. 1915, nr. 1.

Sur quelques cas de confusion mentale apparue sur le front, Comptes rendus de la Société medico-chirurgicale du front russo-roumain, 1917, nr. 6.

Sur la présence possible d'une hypotonie musculaire très prononcée dans la paraplégie hystérique, Comptes rendus de la Société medico-chirurgicale du front russo-roumain, 1917.

Delir cronic interpretativ bazat pe asonanțe (în colaborare cu A. Stocker), Spitalul, București, 1919, nr. 5—6.

Double syndactylie symétrique et mélancolie stuporeuse à attitudes cataleptiques (în colaborare cu Popa Radu și A. Stocker), Bulletins et mémoires de la Société de neurologie, psychiatrie et psychologie de Jassy, dec. 1919, nr. 2.

Sur un cas d'acromégalogigantisme avec psychose maniaque (în colaborare cu d-na Stocker), Revue neurologique, 1919, nr. 7.

Sur un cas de psychose menstruelle, Bulletins et mémoires de la Société de neurologie, psychiatrie et psychologie de Jassy, dec. 1919, nr. 2.

Un cas d'acromégalogigantisme avec troubles mentaux (în colaborare cu Stocker), Bulletins et mémoires de la Société de neurologie, psychiatrie et psychologie de Jassy, 1920, nr. 1—2.

Sur trois cas de chorée chez des jeunes gens, en rapport probable avec l'encéphalite léthargique, Bulletins et mémoires de la Société de neurologie, psychiatrie et psychologie de Jassy, 1921, nr. 5—6.

Syndrome basedowien et parkinsonisme vraisemblablement postencéphalitique, Bulletins et mémoires de la Société de neurologie, psychiatrie et psychologie de Jassy, 1921, nr. 4.

Tremblement hystérique et hystéro-organique. Considérations sur la pathogénie de certaines manifestations „hystériques" (în colaborare cu M. Solomon), comunicare la Société de neurologie, Iași, apr. 1922, Bulletins et mémoires de la Société de neurologie, psychiatrie, et psychologie de Jassy, 1923, nr. 5—6—7.

Sur un cas d'éreutophobie. Bulletin de la Société roumaine de neurologie, psychiatrie, psychologie et endocrinologie, Iași, 1924, nr. 1.

Sur un cas de mélancolie ayant précédé le parkinsonisme post-encéphalitique (în colaborare cu M. Derevici), Bulletin de l'Association des Psychiatres Roumains, Iași, 1924.

Association de tétanie et confusion mentale (în colaborare cu Anatole Blinoff), Bulletin de la Société roumaine de neurologie, psychiatrie, psychologie et endocrinologie, Iași, 1925, nr. 3.

Un cas d'idiotie microcéphalique (în colaborare cu M. Derevici), Bulletin de la Société roumaine de neurologie, psychiatrie, psychologie et endocrinologie, Iași, 1925, nr. 3.

Mouvements de manège dans l'encéphalite léthargique (în colaborare cu M. Derevici), Bulletin de la Société roumaine de neurologie, psychiatrie, psychologie et endocrinologie, 1925, nr. 2.

Sur la fréquence d'une hyperhypophise constitutionnelle chez les délirants chroniques (în colaborare cu Zoe Caraman și Constanța Parhon), Bulletin de la Société roumaine de neurologie, psychiatrie, psychologie et endocrinologie, 1926, nr. 3.

Virilisme pilaire et troubles psychiques (în colaborare cu S. Papazian), Bulletin de la Société roumaine de neurologie, psychiatrie, psychologie et endocrinologie, 1926, nr. 3.

Sur un cas de mélancolie associé au vitilligo (în colaborare cu M. Derevici), Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 1927, nr. 2.

Sur les dyschromies cutanées chez les aliénés (în colaborare cu M. Derevici și Victor Ionesco), Bulletin de la Société de neurologie, psychiatrie, psychologie et endocrinologie, Iași, 1927, nr. 3.

Asupra unui caz de gigantism cu excitație maniacă (în colaborare cu S. Constantinescu), comunicare la Societatea romînă de neurologie, psihiatrie, psihologie și endocrinologie din București, 24 feb. 1928.

Sur un cas d'obésité considérable avec somnolence très prononcée, Bulletin de la Société roumaine de neurologie, psychiatrie, psychologie et endocrinologie, Iași, 1928, nr. 1.

Sur un nouveau cas de mélancolie associée au vitiligo (în colaborare cu M. Derevici), Bulletin de la Société roumaine de neurologie, psychologie, psychiatrie et endocrinologie, Iași, 1928, nr. 2.

Hyperthyroïdie, vitiligo et mélancolie (în colaborare cu Zoe Caraman), Bulletin de la Société roumaine de neurologie, psychiatrie, psychologie et endocrinologie, 1930, nr. 3—6.

Paraplegie isterică și mutism isteric la o fetiță de 12 ani (în colaborare cu Zoe Caraman), comunicare la Societatea romînă de neurologie, psihiatrie, psihologie și endocrinologie, 16 mart. 1930, Iași, Revista științelor medicale, București, nov. 1930.

Sur un cas de microcéphalie (în colaborare cu M. Cahane), comunicare la Societatea romînă de neurologie, psihiatrie, psihologie și endocrinologie, mai 1931.

Etude anatomo-clinique sur un cas de syndrome catatonique chez un taboparalytique (în colaborare cu M. Cahane și Tatiana Cahane), Comunicare la Al XI-lea congres romîn de neurologie, psihiatrie, psihologie și endocrinologie, Diciosînmartin, 1931, Bulletin de la Société roumaine de neurologie, psychiatrie,psychologie et endocrinologie, 1931, nr. 1—3.

Sur un cas d'hystérie chez un fillette de 12 ans (în colaborare cu Zoe Caraman), Bulletin de la Société roumaine de neurologie, psychologie, psychiatrie et endocrinologie, Iași, 1931, nr. 4—5.

Sindrom paranoid familial (în colaborare cu Mihăescu), Societatea romînă de neurologie psihiatrie, psihologie și endocrinologie, București, 5 apr. 1932.

Un caz de melancolie confuzivă cu catatonie (în colaborare cu Zoe Caraman), Societatea romînă de neurologie, psihiatrie, psihologie și endocrinologie, 14 mai 1932.

Dystrophie pigmentaire. Neurofibromatose et épilepsie. Sur les rapports possibles de ces troubles avec les altérations fonctionnelles de l'hypophyse et des centres végétatifs de la base du cerveau (în colaborare cu Constanța Parhon-Ștefănescu), Bulletin de la Société roumaine de neurologie, psychiatrie, psychologie et endocrinologie, 1933, nr. 1—3.

Réactions méningées positives chez un voleur récidiviste, Bulletin de la Société roumaine de neurologie, psychiatrie, psychologie et endocrinologie, Iași, 1933, nr. 1—3.

Syndrome acroangyospastique sur le terrain hypoparathyroïdien probable, Bulletin de la Société roumaine de neurologie, psychiatrie, psychologie et endocrinologie, 1933, nr. 1—3.

Trois cas d'adénomes cortico-surrénaux (în colaborare cu A. Stocker), Bulletin de la Société de neurologie, psychiatrie, psychologie et endocrinologie, 1933, nr. 1—3.

Castration ovarienne et troubles psychiques (în colaborare cu Ep. Tomorug), Bulletins et mémoires de la Section d'endocrinologie, 1936, nr. 8.

Considerațiuni psihiatrice și medico-legale referitoare la un vechi poliomielitic asasin (în colaborare cu D. Enăchescu), Revista de medicină legală, București, 1936, nr. 3—4.

Délire mal systématisé à coloris surtout mégalomaniaque chez une hyperthyroïdienne (în colaborare cu Ep. Tomorug), Bulletins et mémoires de la Section d'endocrinologie, 1936, nr. 2.

Macromastie et cyphose chez une ancienne encéphalitique (în colaborare cu St.-M. Milcu), Bulletins et mémoires de la Section d'endocrinologie, 1936, nr. 1.

Syndrome adiposo-génital et troubles psychiques (în colaborare cu Ep. Tomorug), Bulletins et mémoires de la Section d'endocrinologie, ian. 1936, nr. 1.

Cîteva considerațiuni medico-legale asupra unui caz de paralizie generală incipientă fără tulburări psihice însemnate (în colaborare cu Enăchescu și M. Stănescu), Revista de medicină legală, 1937, nr. 1.

Cryptorchidie bilatérale, eunuchiodisme et féminisme, avec troubles psychiques. Syndrome hyperépiphysaire (?) (în colaborare cu Ș t.-M. Milcu și Ep. Tomorug), Bulletins et mémoires de la Section d'endocrinologie, 1937, nr. 4.

Psychose périodique et macromastie (în colaborare cu D. Enăchescu și M. Stănescu), Bulletins et mémoires de la Section d'endocrinologie, 1937, nr. 6.

Delirium tremens et hyperthyroïdie (în colaborare cu Ș t.-M. Milcu și Ep. Tomorug), Bulletins et mémoires de la Section d'endocrinologie, București, ian. 1938, nr. 1.

Acromégalie et hypersomnie, examen anatomopathologique (în colaborare cu Ep. Tomorug), Bulletins et mémoires de la Société roumaine d'endocrinologie, 1939, nr. 7.

Considérations sur un cas de sécrétion lactée chez une jeune fille schizophrénique (în colaborare cu Tatiana și Mareș Kahane), Bulletins et mémoires de la Société roumaine d'endocrinologie, 1939, nr. 7.

Naevi pigmentaires et délire paranoïde chez un acromégale (ou acromégaloïde) (în colaborare cu M. Cahane), Bulletins et mémoires de la Société roumaine d'endocrinologie, 1939, nr. 3.

Constitution acromégalique chez un violateur assasin (în colaborare cu Ep. Tomorug și Maria Trifan), Bulletins et mémoires de la Société roumaine d'endocrinologie, București, feb. - mart. 1940, nr. 2—3.

Sur un cas de nanisme cérébral (în colaborare cu Șt. - M. Milcu și Ep. Tomorug), Bulletins et mémoires de la Société roumaine d'endocrinologie, 1940, nr. 9.

Sur un cas de schizophrénie traité par l'epyphyshormone avec résultat très favorable (în colaborare cu Ep. Tomorug), Bulletins et mémoires de la Société roumaine d'endocrinologie, 1940, nr. 5.

Modifications biochimiques du sang dans un cas d'idiotie amaurotique (în colaborare cu C. G. Werner), comunicare la Societatea romînă de psihiatrie, 1 feb. 1945.

Syndrome Paget avec nystagmus, diminution des chronaxie et bilan calcique négatif, associé à des troubles psychiques (în colaborare cu L. Copelman și I. Sternberg) Acta endocrinologica, 1946, nr. 1.

Sur un cas de nanisme et infantilisme hypophysaire (în colaborare cu Ep. Tomorug), Bulletin de la Société roumaine de neurologie, psychiatrie, psychologie et endocrinologie, 1953, nr. 3.

ASISTENȚA, PROFILAXIA ȘI TRATAMENTUL BOLILOR MINTALE

Studii asupra bolii mintale și nervoase în Romînia, fasc. I, București, Direcția generală a serviciului sanitar, 1910.

Cîteva cuvinte relative la higiena persoanelor nervoase. Higiena, București, 1912, nr. 2.

Prevenirea neurasteniei, Higiena, București, 1912, nr. 7.

Essais sur l'action du sérum des maniaques chez les mélancoliques et du sérum des mélancoliques chez les maniaques, (în colaborare cu Eugenia Mateescu și A. Țupa). Revue neurologique, 1913, nr. 7.

O chestiune de higienă neurosexuală. Masturbaţiunile. Urmările ei neuropatologice. Profilaxia ei, Higiena, Bucureşti, 1915, nr. 76.

Asupra cîtorva contraindicaţiuni în tratamentul unor boale nervoase, Higiena 1916, nr. 111.

Essais thérapeutiques dans la paralysie générale par des injections intraveineuses de liquide céphalo-rachidien provenant des paralytiques (în colaborare cu G. Bazgan şi H. Alister), Iaşi, 1916.

Sur la destinée des aliénés guéris et sortis des asiles, Archives de sociologie et de criminologie, Bucureşti, apr.-iun. 1916, nr. 4–6.

Sur la thyroïdectomie dans le traitement des aliénés et surtout dans celui de la psychose dépressive, Compte rendu à la Société de Psychiatrie de Paris, 16 dec. 1920.

Directive generale cu privire la examenul bolnavului în neurologie, psihiatrie şi endocrinologie, Facultatea de medicină, Iaşi, 1924.

Le problème du goitre, du crétinisme et du sourdomutisme endémique en Roumanie, Bulletin, de la Société roumaine de neurologie, psychiatrie, psychologie et endocrinologie Iaşi, 1924, nr. 2.

Sur la thérapeutique pyrétogène et sourtout par l'infection malarique, dans la paralysie générale, (în colaborare cu M. Derevici), Bulletin de la Société roumaine de neurologie, psychologie, psychiatrie et endocrinologie, Iaşi, 1923.

Cîteva cuvinte asupra patogeniei şi tratamentului psihozelor endogene. Viaţa medicală, Timişoara, dec. 1927, nr. 12.

Les problèmes de la prophylaxie des troubles mentaux en Roumanie, Noua revistă medicală, Bucureşti, iul. 1930, nr. 3.

Progresele realizate în asistenţa alienaţilor prin noua lege sanitară, comunicare în şedinţa de psihiatrie, la Al IX-lea congres al Societăţii romîne de neurologie, psihiatrie, psihologie şi endocrinologie, Secţiunea Iaşi, 14 oct. 1930, Revista ştiinţelor medicale, Bucureşti, ian. 1931, nr. 1.

Insuficienţele asistenţei alienaţilor în spitalele de specialitate, comunicare la Al XII-lea congres al Societăţii romîne de neurologie, psihiatrie, psihologie şi endocrinologie, Bucureşti, oct. 1932.

Higiena mintală şi profilaxia boalelor mintale în Romînia, Noua revistă medicală, Bucureşti, 1934, nr. 6.

La prophylaxie des maladies mentales et l'hygiène mentale en Roumanie, Bulletin de la Société roumaine de neurologie, psychiatrie, psychologie et endocrinologie, Iaşi, 1934, nr. 6.

Fonctionnement intérieur des hôpitaux d'aliénés, comunicare la Al XV-lea congres al Societăţii romîne de neurologie, psihiatrie, psihologie şi endocrinologie, oct. 1935.

Diagnosticul delirurilor cronice din punctul de vedere medico-legal, Revista de medicină legală, Bucureşti, 1936, nr. 2.

Raporturile dintre psihiatrie, ştiinţa dreptului şi criminologie, Revista de drept penal şi ştiinţa penitenciară, Bucureşti, 1936, nr. 8–9.

Sur les traitements insuliniques de la schizophrénie (în colaborare cu D. Enăchescu şi Ep. Tomorug), Bulletins et mémoires de la Section d'endocrinologie, 1937, nr. 8.

Syndrome schizophrénique, infantilisme et aménorrhée, guéri par l'insulinothérapie en petites doses (în colaborare cu M. Schächter-Nancy şi C. Wolfshaut), Bulletins et mémoires de la Section d'endocrinologie, 1937, nr. 5.

Asistenţa alienaţilor, higiena mintală şi profilaxia afecţiunilor mintale în Romînia, expunerea situaţiei actuale în Romînia la Academia de medicină, 1 iun. 1938, Mişcarea medicală romînă, Craiova, 1938, nr. 5–6.

Aperçus critiques sur les thérapeutiques actuelles en Psychiatrie, (în colaborare cu E p. T o m o r u g), comunicare la Societatea romînă de psihiatrie, 25 nov. 1944.

Mongolism familial și indicațiunea terapeutică a grefei de tiroidă (în colaborare cu L. C î m p e a n u și L. C o p e l m a n), comunicare la Societatea de endocrinologie, 10 iun. 1946.

Un drum greșit în terapeutica bolilor mintale și a bolilor psihice în general. Tratamentul prin șocuri, (în colaborare cu C. I. P a r h o n-Ș t e f ă n e s c u) Medicina romînă, iul. 1948, nr. 3.

Despre problemele sanitare în Republica Populară Romînă, Anal. Acad. R.P.R., seria B, 1949, t.1, f.2.

Necesitatea extinderii pe scară largă în toate colectivitățile sociale, a măsurilor de combatere profilactică și curativă a fenomenelor de îmbătrînire, ComunicărileAcad. R.P.R., 1951, t. 1, f. 1, p. 85.

Coloniile agricole de alienați și importanța lor din punctul de vedere terapeutic, Romînia medicală, București, 1953, nr. 5.

ÎNCERCĂRI DE GRAFOLOGIE ȘTIINȚIFICĂ

Essais de graphologie scientifique. Caractères objectifs de l'écriture, Bulletins des médecins et naturalistes de Jassy, aug.-sep. 1916, nr. 8—9.

L'écriture chez les deux sexes, Bulletins et mémoires de la Société de neurologie, psychologie et psychiatrie de Jassy, iun. 1919, nr. 1.

Essais de graphologie scientifique, L'écriture de Pasteur, Bulletin de l'Association des psychiatres roumains, Iași, 1923, nr. 1.

Essais de graphologie scientifique, L'écriture des mathématiciens, Bulletin de l'Association des psychiatres roumains, Iași, 1923, nr. 3—4.

Essais de graphologie scientifique. L'écriture d'Eminescu, Bulletin de l'Association des psychiatres roumains, Iași, 1924, nr. 1.

Essais de graphologie scientifique. Les signes graphologiques de l'affectivité, extrait du Bulletin de la Société roumaine de neurologie, psychiatrie, psychologie et endocrinologie, 1925, nr. 3.

Essais de graphologie scientifique. Le caractère familial de l'écriture, Bulletin de la Société roumaine de neurologie, psychiatrie, psychologie et endocrinologie, Iași, 1926, nr. 2.

Grafologia lui Goethe, comunicare la Societatea romînă de neurologie, psihiatrie, psyhologie și endocrinologie, 15 mai 1932, Iași.

Grafologia și personalitatea, Al XIII-lea congres al Societății romîne de neurologie, psihiatrie, pshiologie și endocrinologie, București, oct. 1932.

La alcătuirea acestei lucrări au colaborat :

DR. ALEXANDRU IOAN, PETRU CULIANU ȘI DR. TUDOR SPANDONIDE.

Dat la cules 17.06.1957. Bun de tipar 28.10.1957. Tiraj 3100. Hîrtie velină 56 g/m². Format 70 × 100/16. Coli editoriale 41,3. Coli de tipar 33. A. 02383

Indicele de clasificare pentru bibliotecile mari și mici 61(082)

Tiparul executat sub com. nr. 1280 la Intreprinderea Poligrafică nr. 3, B-dul 6 Martie nr. 29, București — R.P.R.

ERATĂ

Pag.	*rîndul*	*în loc de:*	*se va citi:*
126	8 de jos	57,30 g	57,30 cg
128	13 de sus	0,58 cg	0,58 g
200	4 de jos	47 de cazuri	57 de cazuri
429	2 de sus	psihihopatice	psihopatice

c. 1280.